

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**Soporte social y calidad de vida en adolescentes  
trabajadores del distrito de San Martín de Porres**

**TESIS**

**Para optar el grado académico de Magíster en Psicología mención en  
Psicología Clínica y de la Salud**

**AUTOR**

**Grethel del Carmen Paz Asenjo**

**ASESOR**

**Jaime Aliaga Tovar**

**Lima – Perú**

**2011**

## **DEDICATORIA**

Dedico esta tesis a los seres que más amo en este mundo: Mi madre, abuelita, esposo, hermanos, tíos, primas, sobrinas y mi familia, por ser la gran fuente de soporte y motivación cada día en mi éxito y superación profesional.

## **AGRADECIMIENTO**

Mi especial aprecio a mi asesor Dr. Jaime Aliaga Tovar, por su valiosa asesoría y por sus acertados consejos como profesional y amigo.

A los adolescentes trabajadores del “Programa Nacional del Niño y Adolescentes trabajador y de la Calle” INABIF. Que me permitieron conocer una parte de su cruda realidad.

A adolescentes no trabajadores de las diferentes instituciones educativas que participaron incondicionalmente en la ejecución de esta investigación.

A la Asistente social Juana Ahumada, a mis colegas Rosa Pérez y Luis Miguel Vergara de las Instituciones Educativas de San Martín de Porres por su constante colaboración incondicional en la ejecución de esta tesis.

A los informantes Mg. Gloria Díaz Acosta y Mg. Alberto Quintana Peña por sus oportunas observaciones realizadas en su momento a la presente investigación.

En general quisiera agradecer a todas y cada una de las personas que han vivido conmigo la realización de esta tesis, y su apoyo incondicional en la ejecución de este trabajo.

## **SOPORTE SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA EN ADOLESCENTES**

### **TRABAJADORES DE SAN MARTIN DE PORRES**

#### **RESUMEN**

La investigación se refiere a un estudio descriptivo comparativo del soporte social y calidad de vida según la condición de ser o no ser un adolescente Trabajador de la calle. La muestra estuvo constituida por 60 adolescentes trabajadores de la calle y 60 adolescentes no trabajadores de ambos sexos entre 13 a 17 años del distrito de San Martín de Porres. Se administro el inventario de soporte social de Flaherty, Gaviria y Pathak y la escala de calidad de vida de David Olson y Howard Barnes. Los resultados muestran que el soporte social en los adolescentes trabajadores de la calle es Moderado, ubicándose allí el 46,67% de la muestra, en tanto algo más de la cuarta parte de los mismos 28,33%, comunican tener un bajo nivel de soporte social. Por otro lado, el nivel de soporte social, en los adolescentes que no trabajan en la calle es también Moderado, ubicándose allí el 40% de la muestra, en tanto algo más de un tercio de los mismos 38,33%, comunican tener un bajo nivel de soporte social. Por su parte, el nivel predominante de calidad de vida en los adolescentes trabajadores de la calle no es óptimo, solo uno de cada 4 (25%) comunica un nivel óptimo, en tanto que el nivel predominante de calidad de vida en los adolescentes no trabajadores de la calle es el no óptimo, situándose en este nivel el 70% de la muestra, indicando que sólo 3 de cada 10 comunica un nivel de vida óptimo. Además podemos referir que no se encontró diferencias en el nivel de soporte social entre varones y mujeres sean o no trabajadores de la calle, así mismo entre los adolescentes varones y mujeres trabajadores y no trabajadores de la calle no son diferentes en el nivel de percepción de calidad de vida que tienen.

Palabras Claves: Soporte Social, Calidad de Vida, adolescentes trabajadores y adolescentes no trabajadores.

## **SOCIAL SUPPORT AND QUALITY OF LIFE IN YOUNG WORKERS SAN MARTIN DE PORRES**

### **ABSTRACT**

The investigation concerns a comparative descriptive study of social support and quality of life according to the condition of being or not being a teen street worker sample consisted of 60 young street workers and 60 non-working adolescents of both sexes 13 to 17 years in the district of San Martín de Porres. Inventory was administered social support Flaherty, Gaviria and Pathak and scale of quality of life of David Olson and Howard Barnes. The results show that the social support for young street workers is Moderate, standing there on 46.67% of the sample, while slightly more than the same quarter of 28.33%, report having a low level social support. On the other hand, the level of social support in adolescents who do not work on the street is also modest, reaching there 40% of the sample, while just over a third of them 38.33%, report having a low social support. For its part, the predominant level of quality of life in adolescents street workers is not optimal, only one out of 4 (25%) reported an optimum level, while the predominant level of quality of life in adolescents street workers is not optimal, at this level to 70% of the sample, indicating that only 3 out of 10 reports an optimal living. We can also relate that there was no difference in the level of social support between men and women whether they are employees of the street, and the same between male and female adolescents workers and not street workers are no different in the level of perceived quality of life they have.

The Key Words: Social Support, Quality of Life, Adolescents Workers and no Adolescents Workers

# ÍNDICE

## INTRODUCCION

<b>I. El problema de investigación</b>	12
1.1 Planteamiento del problema	12
1.2 Formulación del problema	21
1.2.1 Problema Principal	21
1.2.2 Problemas Específicos	21
1.3 Objetivo de la investigación	22
1.3.1 Objetivo General	22
1.3.2 Objetivos Específicos	22
1.4 Justificación e importancia del estudio	23
 <b>II. Bases teóricas conceptuales</b>	 24
2.1 Antecedentes del estudio	24
2.1.1 Investigaciones en el Perú	25
2.1.2 Investigaciones en el Extranjero	27
2.2 Bases teóricas	31
2.2.1 Soporte Social	31
2.2.1.1 Evolución del concepto Soporte Social hasta la actualidad	31
2.2.1.2 Conceptualizaciones del Soporte Social	33
2.2.1.3 Fuentes del Soporte Social	34
2.2.1.4 Tipos de Soporte Social	35
2.2.1.5 Componente del Soporte Social	35
2.2.1.6 Tipos de Redes de Soporte Social	36
2.2.1.7 Efectos del Soporte Social	38
2.2.1.8 Factores interactuantes en el Soporte Social	38
2.2.1.9 Teorías del Soporte Social	40
2.2.1.10 Dimensiones que caracterizan el Soporte Social	41
2.2.1.11 Funciones del Soporte Social	42
2.2.1.12 Soporte Social en la adolescencia	44
2.2.1.13 Importancia del Soporte Social	45
2.2.1.14 Limitaciones del Soporte Social	45
2.2.2 Calidad de Vida	46
2.2.2.1 Evolución del concepto Calidad de Vida	46
2.2.2.2 Definición de Calidad de Vida	47
2.2.2.3 Calidad de Vida y Calidad de Vida relacionada a la salud	48

2.2.2.4	Dimensiones e Indicadores de Calidad de Vida	49
2.2.2.5	Importancia de la Calidad de Vida	51
2.2.2.6	Calidad de Vida en niños y adolescentes	52
2.2.3	Adolescente trabajador en la calle	52
2.2.3.1	Concepto de Trabajo Infantil y de Trabajo Infantil en la calle.	52
2.2.3.2	Características del trabajo infantil	53
2.2.3.3	Modalidades del trabajo infantil	54
2.2.3.4	El trabajo del adolescente de acuerdo al ordenamiento legal.	56
2.2.3.5	Condiciones de trabajo	58
2.2.3.6	Causas del trabajo infantil y adolescente	59
2.2.3.7	Consecuencias del trabajo infantil y adolescente	60
2.2.3.8	Desarrollo psicosocial de menores trabajadores	61
2.2.3.9	La familia y el trabajo infantil	63
2.2.3.10	Enfoques de política para el afronte del trabajo infantil	63
2.3	Hipótesis	64
2.4	Definición de términos	65
<b>III.</b>	<b>Metodología</b>	67
3.1	Tipo de investigación	67
3.2	Diseño de investigación	67
3.3	Población y muestra	68
3.3.1	Población Objetivo	68
3.3.2	Población accesible	68
3.3.3	Muestra	68
3.3.3.1	Tipo de muestreo	68
3.3.3.2	Tamaño de la muestra	69
3.4	Identificación de variables	69
3.4.1	Variables de estudio	69
3.4.2	Variables de comparación	69
3.4.3	Variable de control	69
3.5	Técnica de recolección de información	70
3.5.1	Escala de Soporte Social	70
3.5.2	Escala de Calidad de Vida de David Olson y Howard Barnes	76
3.6	Procedimiento	82
3.7	Análisis estadístico	82

<b>IV. Resultados</b>	83
4.1 Presentación y análisis de resultados	83
4.1.1 Características del Soporte Social de los adolescentes trabajadores y no trabajadores del distrito de San Martín de Porres	83
4.1.2 Características de Calidad de Vida de los adolescentes trabajadores y no trabajadores del distrito de San Martín de Porres	88
4.1.3 Diferencias en el Soporte Social entre los adolescentes trabajadores de la calle y adolescentes que no trabajan en la calle	91
4.1.4 Diferencias en Calidad de Vida entre los adolescentes trabajadores de la calle y adolescentes que no trabajan en la calle	93
4.2 Discusión	94
<b>Resumen</b>	96
<b>Conclusiones</b>	98
<b>Recomendaciones</b>	99
<b>Bibliografía</b>	100
<b>Anexos</b>	106



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Confiabilidad de la Escala de Soporte Social	72
Tabla 2.	Escala de Soporte Social Correlación ítem-test corregida	73
Tabla 3.	Baremo de la Escala de Soporte Social	75
Tabla 4.	Niveles de Soporte Social	75
Tabla 5.	Confiabilidad de la Escala de Calidad de Vida	78
Tabla 6.	Escala de Calidad de Vida Correlación ítem-test corregida	79
Tabla 7.	Baremo de la Escala de Calidad de Vida	81
Tabla 8.	Niveles de Calidad de Vida	81
Tabla 9.	Adolescentes trabajadores. Estadísticos descriptivos de Soporte Social	83
Tabla 10.	Niveles de Soporte Social de los adolescentes trabajadores	84
Tabla 11.	Soporte Social y sexo en los adolescentes trabajadores de la calle	85
Tabla 12.	Resultado de la prueba Ji cuadrado de independencia	85
Tabla 13.	Adolescentes no trabajadores. Estadísticos descriptivos en Soporte Social	86
Tabla 14.	Niveles de Soporte Social de los adolescentes que no trabajan en la calle	86
Tabla 15.	Soporte Social y sexo en los adolescentes que no trabajan en la calle	87
Tabla 16.	Resultado de la prueba Ji cuadrado de independencia	87
Tabla 17.	Adolescentes trabajadores. Estadísticos descriptivos en Calidad de Vida	88
Tabla 18.	Niveles de Calidad de Vida de los adolescentes trabajadores de la calle	88
Tabla 19.	Calidad de Vida y sexo en los adolescentes trabajadores de la calle	89
Tabla 20.	Resultado de la prueba Ji cuadrado de independencia	89
Tabla 21.	Adolescentes no trabajadores de la calle. Estadísticos descriptivos en Calidad de Vida	89
Tabla 22.	Niveles de Calidad de Vida de los adolescentes que no trabajan en la calle	90
Tabla 23.	Calidad de Vida y sexo en los adolescentes que no trabajan en la calle	91
Tabla 24.	Resultado de la prueba Ji cuadrado de independencia	91
Tabla 25.	Diferencias en el Soporte Social de los adolescentes trabajadores de la calle y no trabajadores	92
Tabla 26.	Resultado de la prueba T de student para muestras independientes	92
Tabla 27.	Diferencias en Calidad de Vida de los adolescentes trabajadores de la calle y no trabajadores	93
Tabla 28.	Resultado de la prueba T de student para muestras independientes	93

## INTRODUCCIÓN

El trabajo infantil es uno de los más agudos problemas que tienen los países en vías de desarrollo. Se estima que 100 millones de niños, niñas y adolescentes viven y trabajan en las calles de las ciudades de estos países, encontrándose 40 millones en América Latina. Los niños y adolescentes trabajadores en la calle, generalmente trabajan como vendedores ambulantes, limpiabotas, artistas ambulantes (en autobuses, plazas y mercados). A menudo, los niños empiezan a trabajar al lado de sus madres en los mercados, pero normalmente a los 4 o 5 años se hacen más móviles y trabajan cada vez más solos o en grupos. Los niños y adolescentes trabajadores se encuentran generalmente en situación de riesgo, pues enfrentan a una multitud de problemas, por ejemplo, son más vulnerables frente al acoso y abuso sexual por desconocidos, la presión de bandas, la tentación de robar, la prostitución, la drogadicción, y a problemas de salud por trabajar en la calle (plazas, mercados) y por estar expuestos a abusos físicos y psicológicos.

Los adolescentes trabajadores de la calle tienen la particularidad de no haber roto su vínculo familiar, pero indudablemente las mismas características de su hábitat laboral afecta su desarrollo cognitivo y afectivo, en suma a su personalidad. Con el fin de conocer mejor las características de estos adolescentes, específicamente varones y mujeres de 13 a 17 años, que trabajan en la calle en lo referente a la percepción que tienen del soporte social que reciben de su red social y de la calidad de vida que tienen, es que nos planteamos efectuar un estudio que por comparación con adolescentes no trabajadores, precise estas características en un ámbito sociogeográfico bastante circunscrito y homogéneo, el distrito de San Martín de Porres.

El informe de la investigación está dividido en cuatro capítulos: en el primero se contextualiza la problemática de los adolescentes trabajadores de la calle y del soporte social y la percepción de la calidad de vida, factores que podrían actuar para que la situación de estos adolescentes no derive a una situación más riesgosa como sería la de un adolescente de la calle, información que fundamenta el problema y las preguntas de investigación; también se plantean los objetivos y se justifica el estudio. En el segundo capítulo se presenta los antecedentes y las bases teóricas relacionadas a las características del adolescente trabajador en la calle y el soporte social y calidad de vida, concluyendo el capítulo con las hipótesis y la definición de términos. El tercer capítulo se focaliza en la descripción de la metodología, siendo puntos clave el tipo de estudio, diseño, muestra, instrumentos para la recolección de la información y datos sobre el procedimiento del análisis estadístico. En el cuarto capítulo, se comunica los resultados del análisis estadístico de los resultados y la discusión de éstos. A continuación, se hace un resumen y se presentan las conclusiones y recomendaciones. Por último, se ubican las referencias bibliográficas y los anexos.

# **CAPÍTULO I**

## **EI PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **1.1. Planteamiento del problema**

El adolescente en situación de la calle configura una problemática psicosocial que corresponde afrontar no sólo a los organismos pertinentes estatales por ejemplo INABIF (Instituto Nacional de Bienestar Familiar), o no estatales como la OIT, Cedro, Acción por los Niños, Cesip, etc. sino a toda la sociedad, pues la configuración de la estructura psicológica se genera en la interacción social como lo sostiene el interaccionismo simbólico (Blúmer, 1938). Todo ello con la finalidad de lograr su reinserción positiva a la misma. Sin embargo, una manera de abordar esta problemática para los propósitos de este estudio realizaremos previamente dos esclarecimientos, el primero se refiere a su

definición y caracterización para evitar confusiones, el segundo, atañe al análisis de algunos factores que podemos denominar como protectores para evitar su paso hacia formas de comportamiento negativas como lo son el bajo rendimiento escolar, la delincuencia y la adicción (Ordoñez, 1995)

El primer esclarecimiento refiere a la definición y caracterización de esta población. En efecto, en su interior es necesario distinguir entre los adolescentes de la calle y adolescentes trabajadores de la calle, distinción importante para nuestra investigación pues estos últimos adolescentes se constituyen en su unidad de análisis.

En términos generales, el trabajo infantil es toda actividad lícita y socialmente aceptada que realizan los adolescentes, con el fin de procurar su subsistencia familiar y personal, siendo usualmente la calle, plazas, mercados su lugar de trabajo (Paz. 2006).

Según la Organización Internacional del trabajo (OIT), en América Latina 20 millones de niños, niñas y adolescentes menores de 14 años trabajan en las más diversas actividades económicas. En el Perú, el 2004 la Unicef peruana (Fondo de las Naciones Unidas para la infancia) y el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) registraron un 16,5% de varones y 14,8% de mujeres trabajadoras entre 5 y 11 años, proporción que sube a medida que se incrementa el rango etario, así a la edad de 14 a 17 años se encuentran trabajando el 42,4% de los varones y el 29,9% de las mujeres. Por otro lado,

entre los 5 a 11 años los varones laboran 14,1 horas a la semana y las mujeres 12,1; situación que cambia para los grupos etarios superiores, entre los 12 a 13 años los varones trabajan 14,5 horas a la semana y las mujeres 18,1 horas. Asimismo, en la dicotomía urbano-rural, destaca las marcadas diferencias entre ambos estamentos: el 4% de los niños urbanos de 5 a 11 años trabaja, mientras que lo hace un porcentaje superior al 30% en las zonas rurales (Unicef, 2004).

Según INEI 2010, en Lima Metropolitana la Población Económicamente Activa (PEA) de 06 a 17 años de edad asciende a 102,177, y de ese monto el distrito que congrega el mayor número es San Juan de Lurigancho con 13,678; Ate el segundo distrito con mayor población de niños, niñas y adolescentes trabajadores, con un total de 7,608, seguido por San Martín de Porres que registra un total de 6,938 niños y adolescentes que trabajan, Villa El Salvador 6,051, Comas registra 5,046 y San Juan de Miraflores 4,929, entre otros.

El adolescente trabajador de la calle se caracteriza porque utiliza a esta como un espacio laboral y porque no ha roto los vínculos con sus familias (Ordoñez, 1995). Además, cuenta con otros contextos de socialización paralelos al de la familia: escuela, barrio e instituciones, que constituyen eventualmente sus redes de soporte social (Alarcón, 1991). En términos de sobrevivencia, la sobrevivencia personal no se opone a la sobrevivencia familiar puesto que, al asumir sus necesidades personales, los niños y adolescentes trabajadores contribuyen a disminuir las necesidades familiares (Gonties, 1997), más aún, la sobrevivencia de muchas familias depende de las ganancias de estos.

Un factor decisivo en la generación del trabajo infantil es la pobreza pues se encuentra que la mayoría de los niños y adolescentes trabajadores provienen de hogares de ingresos económicos muy bajos y con un mayor número de miembros, que lleva a que las familias no puedan cumplir sus roles satisfactoriamente, repercutiendo en su calidad de vida (Paz y Miranda, 1995) y transformándose los hogares en focos de expulsión (Mansilla, 1986).

Por otro lado, Alarcón, 1996, refiere que en diversos estudios, muchos de orden cualitativo, informan sobre las dificultades que los niños y adolescentes trabajadores tienen en la escuela como producto de su actividad laboral. Luego de una larga jornada laboral, asistir a estudiar es un esfuerzo loable, sin embargo el adolescente trabajador al llegar cansado está en desventaja frente a aquellos exclusivamente estudiantes. Se muestran dificultades de concentración en clase, quizás producto del mismo cansancio. Cumplir con las tareas en casa es otro problema que en algunos casos se trata de subsanar haciendo las tareas en la propia zona de trabajo.

Según el Plan Nacional de prevención y erradicación del trabajo infantil, 2005 refiere que el grupo de los adolescentes trabajadores registra una menor cobertura escolar y mayores tasas de atraso escolar en comparación con el grupo de menores de edad que no trabajan, por lo que se puede sostener que de no haber cambios sustantivos en su situación los actuales adolescentes que trabajan, en el futuro solamente podrán acceder a las ocupaciones que requieran menor calificación y, por tanto peor remuneración. En otras palabras,

si el trabajo infantil en un corto plazo logra contribuir a aliviar en algo la pobreza de las familias, en el mediano plazo y largo plazo es un elemento que reproduce pobreza y consolida la inequidad social. Además, pero no menos importante, los adolescentes trabajadores de la calle se desarrollan en un entorno inadecuado pues su trabajo se realiza muchas veces en contextos altamente peligrosos como la prostitución, mendicidad, deserción escolar, las pandillas delictivas que pueden dañar su integridad física y psicológica y llevarlos incluso a iniciarse tempranamente en la sexualidad lo cual muchas veces lleva a la maternidad y paternidad precoz, y un acercamiento al consumo de la droga como una forma de evasión de su realidad (Unicef 2008).

El segundo esclarecimiento tiene que ver directamente con el tener un soporte social y un nivel de calidad de vida del que goza el adolescente trabajador de la calle que podrían actuar como factores protectores para que la situación de estos adolescentes no derive a una situación más riesgosa como sería la del adolescente de la calle que es aquel que ha hecho de ésta su hábitat vital o total, manteniendo nulo o escaso, y en algunos casos esporádico contacto con su familia, el 93.64% de esta población dejaron el medio familiar por propia voluntad debido a conflictos con figuras adultas y maltrato infantil en familias de tipo “reconstituidas” (46.72% de los casos); por su parte ni trabajan ni asisten a la escuela se encuentran integrados al circuito de la marginalidad, el robo y otras actividades antisociales (Ordoñez, 1995).

El constructo Soporte Social se ha revelado como amplio y complejo no habiéndose desarrollado hasta el momento una única conceptualización del



mismo, sin embargo, en términos generales, el concepto refiere a la ayuda importante que proviene de personas o instituciones con las que un sujeto se relaciona y que se actualiza en situaciones de pérdida o de crisis por efecto de estresores psicosociales (Alvarado, 1985). En términos más específicos, Flaherty, Gaviria y Pata (1983) lo definieron como la ayuda de la que dispone una persona en términos emocionales y prácticos, la cual proviene de las interrelaciones que mantiene con otros individuos, grupo de individuos o una comunidad. Asimismo, Hobfoll y Stokes (1988, en Goodwin, Costa y Adonu, 2004), indican que el soporte social implica una interacción social en la que se brinda ayuda y dentro de la cual el individuo se siente apegado a un grupo o a una persona que es percibida como cuidadora.

Sarason en 1990 afirma que el Soporte Social proporciona efectos beneficiosos ya sea en presencia o ausencia de situaciones difíciles, reduciendo su susceptibilidad frente a enfermedades, protegiéndolo de experimentar estados patológicos y sirviendo como una suerte de amortiguador en situaciones de crisis (Sarason, 1990), cuestión que implica que el soporte social está implicado en el contexto social del individuo, cuyo análisis podría aportar información para la prevención y para el tratamiento de individuos y grupos deficitarios en soporte social y en situación de riesgo.

Por otro lado, Calidad de vida es un constructo que tiene varias aristas, que empieza a ser estudiado a partir de la segunda mitad del siglo XX vinculado en principio al desarrollo económico y tecnológico, pero como este desarrollo es

dispar el concepto de calidad de vida, en este sentido, tiene una interpretación muy diferente cuando es empleado en sociedades con una mayoría de miembros que tienen sus necesidades vitales satisfechas, como en el caso de quienes viven en los países ricos y altamente industrializados, que cuando es utilizado en sociedades con una gran mayoría de miembros cuya principal preocupación es cómo y dónde alimentarse el día de hoy, como sucede en los países subdesarrollados.

En los años de la década de 1960 el referente de Calidad de vida era fundamentalmente el progreso en la dirección de la tenencia de un empleo y al logro de un ingreso modesto, además del acceso a servicios de urbanización básicos (Gildenberger, 1978:9). En esta idea, se es de bajo nivel de vida cuando no se pueden satisfacer las necesidades más apremiantes propias o de la familia. Así, el progreso significa un cambio en la forma de vivir de un individuo, grupo o sociedad donde se pasaría a otros niveles básicamente por el nivel económico alcanzado. Es decir, que a través de mejoramientos del nivel económico, se mide el progreso de una sociedad, grupo social o individuo en particular.

Sin embargo, con el avance de los años el concepto de progreso ha sido englobado en el concepto de Desarrollo que “Es un proceso de cambio humano y societal, peculiar a cada sociedad, racional, de carácter global, que lleva a la creación y ampliación de las condiciones que permiten al individuo y a la sociedad su continuo perfeccionamiento y autorrealización” (Gildenberger, 1978:2). Concepto que tiene un “carácter global con un dimensionamiento

ecológico, económico, cultural, social, institucional y político donde la satisfacción de uno es al mismo tiempo condición y resultado de la satisfacción de todas las otras.” (Gildenberger, 1978:9), concepto que además incluiría una dimensión ética (Ardon, 2002).

Atendiendo a esta concepción integradora, multicausal y multisectorial cada día crece más la aceptación del hecho de que la calidad de vida puede abordarse desde varios puntos de vista, asimismo, ha crecido el reconocimiento de que esta es una entidad aglutinadora de diversas disciplinas y que debe ser contextualizada de manera integral (Ardon, 2002).

En el proceso de su estudio, Felce y Perry (1995, citado en Gómez-Vela y Sabeth, 2004) definieron calidad de vida como: a) la calidad de las condiciones de vida de una persona, b) la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales, c) la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, calidad de vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta (d) y, por último, como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales. Así, puede destacarse un aspecto objetivo apreciado a través de las condiciones de vida de una persona y un aspecto subjetivo, que nos dice que el concepto de calidad de vida depende en gran parte de la concepción propia del mundo que tiene el sujeto, en particular la interpretación y valoración que le da a lo que tiene, vive y espera. En otros términos, la Calidad de vida depende de la condición de vida y de la satisfacción en función de un índice de importancia

(Felce y Perry, 1995, citado en Gómez-Vela y Sabeth, 2004), basado en el grado de satisfacción-insatisfacción, que reflejaría el bienestar psicológico. Apareciendo de esta manera en el corazón de lo subjetivo de la Calidad de Vida una dimensión psicológica que expresa el nivel de correspondencia entre las aspiraciones y expectativas trazadas por el sujeto y los logros que ha alcanzado o puede alcanzar a corto o mediano plazo (García-Viniegras y Gonzáles, 2000).

A la vista de todo lo anterior, teniendo como ámbito geográfico el distrito de San Martín de Porres pues allí se realizaba un programa de intervención en niños y adolescentes trabajadores realizado por el Instituto Nacional de Bienestar Familiar (INABIF) donde se evidencia un número considerable de adolescentes entre los 13 y 17 años que trabajan y a su vez estudian; así mismo por la mayor diversidad de actividades laborales que estos realizan (Estadísticas mensuales del Modulo Básico. INABIF/PNPINATC, mayo 2004 ), y siendo nuestro interés el estudio de los adolescentes trabajadores de la calle, nos hemos planteado esta investigación que pretende describir las características de presentación del Soporte Social y de la Calidad de Vida en estos trabajadores, y analizar la relación de ambas variables por comparación con adolescentes que no trabajan en la calle, en el supuesto que el disponer de un mayor soporte social viene acompañado por una mayor satisfacción con la Calidad de Vida que se tiene. Supuesto que se fundamenta en que la Calidad de Vida depende en parte de la condición de vida, Felce y Perry (1995, citado en Gómez-Vela y Sabeth, 2004). La calidad de vida es la percepción de la satisfacción experimentada por la persona, la misma que en los adolescentes que trabajan se vería vinculada

con las relaciones humanas y sociales que encontrarían en los diferentes programas que desarrollan las instituciones y que en el presente estudio nos referimos al Inabif en el distrito; a pesar de esto creemos que es conveniente tener una mejor evidencia de esta situación, por lo cual estimamos conveniente comparar en estos aspectos a los adolescentes trabajadores y adolescentes no trabajadores de la calle (Gómez, 1989). En este contexto consideramos pertinente hacernos la siguiente pregunta de investigación.

## **1.2 Formulación del problema**

### **1.2.1 Problema Principal**

¿Existe diferencia en el Soporte Social y la Calidad de Vida entre los adolescentes trabajadores de la calle y no trabajadores, residentes en el distrito de San Martín de Porres?

### **1.2.2 Problemas Específicos**

1) ¿Cuál es el nivel de Soporte Social que presentan los adolescentes trabajadores y no trabajadores de la calle, que residen en el distrito de San Martín de Porres?

2) ¿Cuál es el nivel de Calidad de Vida que presentan los adolescentes trabajadores y no trabajadores de la calle, que residen en el distrito de San Martín de Porres?

3) ¿Existe diferencia significativa en el Soporte Social y en la Calidad de Vida entre los adolescentes trabajadores y no trabajadores de la calle que residen en el distrito de San Martín de Porres?

### **1.3. Objetivos de la investigación**

#### **1.3.1 Objetivo General**

Determinar la diferencia en el Soporte Social y la Calidad de Vida entre los adolescentes trabajadores y no trabajadores de la calle del distrito de San Martín de Porres.

#### **1.3.2 Objetivos Específicos**

1. Identificar los niveles de Soporte Social que caracterizan a los adolescentes trabajadores y no trabajadores de la calle del distrito de San Martín de Porres.
2. Identificar los niveles de Calidad de Vida que caracterizan a los adolescentes trabajadores y no trabajadores de la calle del distrito de San Martín de Porres.
3. Establecer las diferencias en el Soporte Social y la Calidad de Vida entre los adolescentes trabajadores y no trabajadores de la calle del distrito de San Martín de Porres.

#### **1. 4. Justificación e importancia del estudio**

El trabajo infantil de alguna manera permite satisfacer las necesidades de una familia, pero a la vez, por encontrarse los adolescentes trabajadores en una etapa que por sus propias necesidades psicológicas a satisfacer es decisiva en su tránsito hacia la juventud, se torna en limitante para desarrollar mejor sus capacidades para satisfacer necesidades futuras. En la intención de mejorar estas posibilidades se han creado y aplicado diversos programas sociales de intervención, por ejemplo, el realizado por el Instituto Nacional de Bienestar Familiar (Inabif). En este contexto, este estudio se justifica en vista que genera información que contribuirá a posteriori a fundamentar mejor estos programas y a incrementar las variables a trabajar, en este caso el Soporte Social y la Calidad de Vida. En el caso del Soporte social pues creemos que es un factor alterable en un sentido positivo por un trabajo sistemático y sistematizado, pues se puede crear estrategias que harían posible fortalecer los lazos familiares, la comunicación entre los miembros de la familia y entre los que brindan apoyo, en resumen se fortalecería la red de soporte social. En el caso de la Calidad de Vida pues el disponer de cierto nivel de Soporte Social, dentro de las limitaciones de los medios ambientes de estos adolescentes, contribuirá a mejorar su satisfacción y vivencias de una calidad de su vida, con los efectos positivos que acarrea.

## **CAPITULO II**

### **BASES TEÓRICAS CONCEPTUALES**

#### **2. 1. Antecedentes del estudio**

En la revisión bibliográfica realizada no hemos encontrado alguna investigación nacional o extranjera que relacione el soporte social con la calidad de vida en adolescentes trabajadores de la calle. En las fuentes bibliográficas peruanas solo hemos encontrado un estudio que relaciona estas variables en adolescentes, en tanto que en las fuentes bibliográficas extranjeras hallamos más estudios sobre la relación de ambas variables. Sin embargo, mucho más han sido las investigaciones que tratan por separado cada una de las variables en relación a algunos criterios que hemos creído conveniente comunicar pues contribuyen a perfilar mejor la manifestación del soporte social y a la calidad de vida en la población de adolescentes trabajadores de la calle.



### **2. 1. 1. Investigaciones en el Perú**

Loaiza,( 2005) investigo la relación que existe entre la calidad de vida y la red de soporte social en 46 niños y adolescentes víctimas y no víctimas de abuso sexual del Instituto Nacional Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi” y la Institución educativa Mariscal Avelino Cáceres de Los Olivos. Utilizo el cuestionario Kindl de calidad de vida y el cuestionario de la Red de soporte social (Snq). Encontró algunas correlaciones significativas entre las variables, especialmente en grupos de niños abusados y no abusados. En lo que respecta a los adolescentes, no se encontraron correlaciones significativas. Respecto a la calidad de vida se observó que disminuye a mayor edad en el grupo de niños y adolescentes no abusados, a diferencia de los niños y adolescente abusados quienes incrementan su calidad de vida a mayor edad. En lo que respecta a la red de soporte social encuentra que la mayor cantidad de funciones la proveen los familiares y la red mixta en el caso de los niños (abusados y no abusados) y en el caso de adolescentes esta es proveída por los familiares y pares.

Paz, (1996) comparó el soporte social de adolescentes trabajadores y no trabajadores en un distrito de Lima. Encontró que los adolescentes trabajadores cuentan con un mayor soporte social tanto en cuantía como en calidad, tienen un buen apoyo práctico y emocional, tendiendo a ser más escuchados, comprendidos y orientados en resolver cualquier problema concreto, habiendo buena disponibilidad de la red para compartir espacios recreativos y formativos. Por otro lado, los adolescentes no trabajadores tienen una red social más dispersa.

Portugal (1992) comparo las redes de soporte social de menores de la calle y menores trabajadores empleando una muestra de 80 menores de la calle de edades entre 12 y 15 años y 40 menores trabajadores provenientes del distrito de Lima (Cercado), del distrito de La Victoria (La Parada) y del distrito de Miraflores, todos varones. Encontró que en los menores trabajadores su red de soporte está

integrada en su mayoría por los miembros del grupo familiar (por la convivencia y el tiempo, ya sea padres, hermanos, tíos, primos o abuelos), luego por el grupo de pares, vecinos, profesores o el empleado. Y en las redes de soporte social de menores de la calle y de menores trabajadores brindan similar apoyo en las funciones de guía cognitiva, refuerzo social, asignación física, socialización y soporte emocional y en cuanto a la función de ayuda material las redes de soporte social de niños de la calle no cumple con brindar soporte a los menores callejeros, teniendo los materiales a través del robo y/o la mendicidad mientras que los menores trabajadores reciben de sus padres.

Gómez (1989) analizo la relación del soporte social y la psicoterapia; encontró que la estructura del cambio en psicoterapia tiene relación principal con el soporte social, llegando a la conclusión que el soporte social y la consolidación por el medio del aumento en cantidad y calidad de las relaciones, se muestran muy sensibles en su vínculo con los problemas personales y su recuperación.

Franco (1989). Investigó las redes de soporte social de niños trabajadores en Lima Metropolitana en un estudio descriptivo con 30 niños trabajadores y no trabajadores de 9 años, provenientes de una zona urbana popular de Lima, encontró que sus redes sociales tienden a ser más amplias y dispersas, y sus relaciones de intercambio se basan en aspectos concretos y funcionales. Asimismo, halló que los miembros adultos de la red mantienen relaciones insatisfactorias con el niño; por consiguiente, los adultos no logran una presencia significativa en la red y los padres la mantienen gracias a la estabilidad y facilidad de acceso de sus lazos. La comparación con redes de niños no trabajadores muestran que las características antes señaladas son particulares a los niños que trabajan.

En el estudio más antiguo en nuestro medio sobre el soporte social, Alvarado (1985) realizó un trabajo con la finalidad de comprobar si existe relación entre el Desorden de Adaptación y un sistema de soporte social deficiente y si hay relación

directa entre un pronóstico favorable de recuperación del Desorden de Adaptación y un adecuado soporte social. El estudio fue realizado en el Servicio de Consulta Externa de Adultos del Instituto de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. Se estudiaron 32 casos diagnosticados bajo los criterios del DSM-III como Desorden de Adaptación, con un seguimiento de doce semanas, cuantificándose tanto el soporte social como la intensidad de la sintomatología del desorden mediante la aplicación del Inventario de la Red de Soporte Social de Flaherty-Gaviria-Pathak, así como el SCL 90 R de Derogatis, respectivamente. Los resultados comprueban ambas hipótesis pero el autor les da a las mismas un carácter de primera aproximación al problema.

### **2. 1. 1. Investigaciones en el Extranjero**

Ruiz, Barañano, Moraza, Urquiza, Madinabeitia, Gonzales (2009) realizaron el estudio *Vivir en diálisis: factores biopsicosociales asociados a las estrategias de afrontamiento y calidad de vida*. El objetivo fue analizar en las personas con diálisis los factores psicosociales (ansiedad-rasgo, estrés percibido, control percibido, comorbilidad y soporte social) asociados a las estrategias de afrontamiento y de calidad de vida. Se estudiaron 93 pacientes, 61 estables de HDH y 32 de DPCA, con edad <70 años. Se aplicaron los cuestionarios de Índice de Charlson, STAI-R, Perceived Stress Scale (PSS) R, Soporte Social MOS, estrategias de afrontamiento, calidad de vida relacionada con la salud (CVRS-SF36). Los análisis estadísticos se ajustaron por edad y sexo. Los resultados indican que la media de edad fue 53,67 años. La ansiedad-rasgo se asoció de forma positiva y significativa a las estrategias de afrontamiento evitantes y centradas en las emociones. El estrés percibido se asoció positivamente con huida/evitación y aislamiento social, mientras que la percepción de control lo hizo negativamente. El soporte social se asocia positivamente a la búsqueda de apoyo, la reestructuración positiva y la distracción, y negativamente al aislamiento social. La delegación es menor a mayor puntuación en el índice de Charlson. El componente mental de la CVRS correlacionó positivamente con la percepción de

control y negativamente con la percepción de estrés y se asoció a un mayor soporte social. Conclusiones: las personas con diálisis desarrollan respuestas de huida y evitación, especialmente las personas ansiosas. Cuando se siente control estas conductas disminuyen. El soporte social es una fuente de asistencia para afrontar la enfermedad que permitiría la asimilación cognitiva y emocional y una buena adaptación psicosocial.

Navarro, García-Heras, Carrasco y Casas (2008) analizaron la *Calidad de vida, apoyo social y deterioro en una muestra de personas con trastorno mental grave*. Hacen saber que la mayoría de las intervenciones en rehabilitación psicosocial tienen como objetivo principal mejorar el funcionamiento de la vida de las personas con trastorno mental grave para una mejor adaptación social, estando la calidad de vida relacionada con los tratamientos recibidos. El artículo evalúa los índices de calidad de vida, apoyo social percibido y deterioro psicosocial de una muestra de 89 sujetos con trastorno mental en contextos rurales y alejados de Castilla-La Mancha, atendidos desde el Programa de Integración social y apoyo comunitario ( PRIS ) de la Fundación FISLEM, que ofrece unos cuidados y seguimiento continuado que incluye el apoyo a procesos de rehabilitación psicosocial y laboral, soporte social, apoyo a la integración en su contexto y atención en el domicilio como complemento a los diferentes recursos de atención socio sanitaria a personas con enfermedad mental: centros de rehabilitación psicosocial y laboral y unidades de salud mental. Se ha encontrado relación entre la calidad de vida y otras variables estudiadas como el apoyo social ofrecido por el programa, el deterioro psicosocial y la situación socio-laboral.

Vinacia, Fernández, Quiceno, López y Otalvaro (2008) desarrollaron un estudio que tuvo como objetivo evaluar la relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y el apoyo social funcional en 50 pacientes de ambos géneros con diagnóstico de VIH/SIDA de la ciudad de Medellín, Colombia. Se utilizaron los cuestionarios: MOS-SF-30 que mide Calidad de Vida y el DUKE-UNK que evalúa Apoyo Social Funcional. Los resultados evidenciaron una calidad de vida favorable en todas las subescalas del MOS-SF-30 con excepción de la subescala de

Malestar respecto a la salud. De otro lado se encontraron niveles altos de apoyo social.

Garmendia, Alvarado, Montenegro y Pino (2008) en el estudio la *Importancia del apoyo social en la permanencia de la abstinencia del consumo de drogas*, que tuvo por objetivo evaluar el rol del soporte social en el mantenimiento de la abstinencia del consumo de drogas después del tratamiento, estudiaron a 306 sujetos que fueron tratados en los centros de adicción a drogas del Consejo Nacional del Control de Drogas (CONACE (Chile). El soporte social fue evaluado por el Medical Outcomes Study (MOS). Se contactó a los sujetos seis meses después de finalizado el tratamiento y se les interrogó sobre un eventual consumo de drogas. Los resultados indican que 153 (76% del sexo masculino con edad de 32 +/-10 años no consumieron drogas. Los resultados se ajustaron por edad, sexo, ocupación, salud mental, historia familiar de consumo de alcohol y drogas, tipo de droga. Concluyen en que la evidencia indica que el soporte social tiene un efecto protector en la recurrencia al consumo de drogas seis meses después de terminado el tratamiento.

Vinacia, Quiceño, Fernández, Pérez, Sánchez y Londoño (2007) estudiaron la relación de la calidad de vida con la salud y el apoyo social percibido en 60 pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar entre los 18 a 70 años de ambos géneros inscritos en un programa de prevención de la tuberculosis en la ciudad de Antioquía, Colombia. Para evaluar la calidad de vida se empleó el cuestionario SF36 y el apoyo social funcional fue evaluado mediante el cuestionario DUKE-UNK, indicando que la muestra tuvo una calidad de vida buena y muy poco apoyo o respaldo social.

Palacio y Madariaga (2005) llevaron a cabo el estudio *Redes sociales personales y calidad de vida en personas desplazadas por violencia política: el caso de Barranquilla (Colombia)*. Indagaron la relación entre las redes sociales personales de los desplazados por violencia política y su calidad de vida en salud,

lo cual podía modificarse con el tiempo de llegada al asentamiento menos de tres meses y más de un año. Se esperaba observar si a mayor densidad en la red personal, se encontrarían bajos niveles en la calidad de vida de los desplazados, lo cual unido a otros factores sociales reduciría su sentido de comunidad y capacidad de adaptación. La muestra se tomó en Pinar del Río (periferia de Barranquilla – Colombia), con 19 personas seleccionadas por muestreo en bola de nieve (8 hombres, 11 mujeres con edades entre 27 y 61 años). Respondieron un cuestionario sobre Calidad de Vida en Salud (SF-36), y el Arizona Social Support Interview Schedule (ASSIS) de Barrera. Los resultados mostraron que no existen correlaciones significativas entre los que llegan y los asentados en las variables de estudio, pero se encontró evidencia que la calidad de vida en su dimensión de salud física, es menor en los desplazados que llevan más de un año en el asentamiento, con respecto a los que tienen menos de tres meses.

Por otro lado, refiriéndonos a la calidad de vida, Verdugo y Sabeh (2002) realizaron una evaluación de la percepción de la calidad de vida relevante para niños entre los 8 a 14 años de Argentina y España, obteniendo la identificación de 6 dimensiones de Calidad de vida: Ocio y actividades recreativas, rendimiento, relaciones interpersonales, bienestar físico y emocional, bienestar colectivo y valores, bienestar material.

Rajmil (2003), observando el interés existente en Europa por investigar la calidad de vida en niños y adolescentes, elaboró un proyecto financiado por la Comisión Europea y el Fondo de investigación sanitario de España. Halló que a mayor edad los niños y las niñas presentan niveles bajos de calidad de vida, y que las niñas en comparación con los niños tienen también bajos niveles de calidad de vida en la mayoría de las áreas según el cuestionario de calidad de vida Kindl en niños y adolescentes.

Ventegodt (1998) llevo a cabo un Estudio sobre la relación entre la calidad de vida y los sucesos traumáticos en la vida temprana - 30 años de seguimiento. El objetivo fue investigar en Dinamarca la relación existente entre un trauma

padecido en la vida temprana y la calidad de vida después de unos 30 años. El estudio fue de tipo longitudinal con la encuesta del seguimiento basada en un cuestionario. El método, fue el siguiente: En "El Estudio de Investigación de Calidad de Vida de 10.000 daneses ", en febrero 1993 se envió por correo una encuesta diseñada recientemente a 7.222 personas de la Prospective Paediatric Cohort de personas nacidas en el Hospital Universitario Estatal de Copenhague (Rigshospitalet) entre 1959 y 1961. El índice de respuesta fue del 64% (4.626 personas con edades entre 31-33 años). Las variables analizadas fueron La actitud de la madre frente a su embarazo, el niño criado en el orfanato, la madre que toma medicamentos antipsicóticos que indican enfermedad mental aguda, el niño adoptados en su primer año de vida y la calidad de vida del niño 31-33 años después. Los resultados sugieren que de los traumas sufridos a lo largo de la vida temprana que se estudiaron, sólo se encontraron efectos relativamente débiles relacionados con la calidad de vida del niño como adulto.

## **2.2. BASES TEORICAS**

### **2.2.1. Soporte Social**

#### **2. 2.1.1 Evolución del concepto soporte social hasta la actualidad**

En la actualidad se da mucha atención a los aspectos de soporte social así como a las redes sociales, consideradas como sistemas de ayuda o soporte, pues se ha encontrado que la percepción de los recursos brindados por las redes sociales influye más en la salud o bienestar físico, mental y ajuste psicológico del individuo. Pero para llegar a esta apreciación el camino ha sido relativamente largo.

Bowlby, psicoanalista inglés (1903-1990) elaboró en 1953 su teoría del vínculo o del apego, como resultado de su interés en encontrar los patrones de interacciones familiares involucrados tanto en el desarrollo sano como en el

patológico. Afirma que el soporte social es una figura de vínculo que se hace disponible desde los primeros años de vida del ser humano, de tal manera que el niño deviene en un yo confiable, aprende a funcionar como soporte para otros y tiene menores posibilidades de psicopatología para su vida posterior. Bowlby también concluyo que la disponibilidad de soporte social sostenía la capacidad para vencer y dominar frustraciones y enfrentar problemas (2006).

Por otra parte, en las ciencias sociales surgió el concepto de Red Social que después pasó a ser estudiado por la psicología. En un inicio fue planteado por científicos sociales de origen inglés y posteriormente en los años cincuenta los antropólogos y sociólogos desarrollaron este concepto con mayor profundidad logrando obtener una información más precisa de las redes o lazos sociales con el fin de investigar en qué medida podrían afectar la conducta de los individuos. (Gottlieb 1987).

En la década de los sesenta, cuando la Psicología Social se volvió más cognitiva se interesó en conocer como el individuo uso el dato social proporcionado por su red para mejorar su propia habilidad. A partir de este momento los investigadores se dirigieron a analizar las conductas que benefician a otras personas y las relaciones entre los miembros de la red más que en la estructura de la red misma, desplazando la psicología el interés por las relaciones sociales hacia las Redes de Soporte Social. La importancia de este concepto radica en la posibilidad de disminuir o anular los efectos nocivos de una situación de crisis y en su contribución al ajuste psicológico. Se asume que, la exploración de estos sistemas de soporte y el trabajo que se pueda realizar en base a ellos podían beneficiar al individuo, de tal manera que ocurra un atenuamiento de los procesos psicopatológicos reactivos tanto en el área preventiva como en la terapéutica (Huller 1979).

Según Sarason (1983) la insuficiencia de los enfoques individuales para la solución de problemas en salud mental fue lo que llevó a la Psicología



Comunitaria a encontrar soluciones, empezándose a priorizar la investigación en la descripción y evaluación de los ambientes físicos y psicológicos así como el impacto que estos ambientes influyen en la calidad de vida de las personas. El mismo Sarason (1983) considera que el estudio del soporte social, aparentemente tan antiguo como el hombre mismo debe recibir hoy aliento especial, en atención a su estrecha vinculación con el mantenimiento de la salud física y mental. En este sentido, Andrews, Tennant, Hewson y Schewnell, 1978, citados en Gómez, 1994) encontraron que la combinación de eventos recientes estresantes, con bajos niveles de soporte social y experiencias sociales adversas en la niñez, predecían la ocurrencia de desajustes en la adultez.

En la actualidad la asociación entre soporte social y bienestar (entendiéndole como el mantenimiento de salud física y mental) ha sido ampliamente demostrada. Los familiares, amigos y confidentes juegan un rol importante en la vida cotidiana del ser humano más aún en los momentos de crisis.

#### **2.2.1.2. Conceptualizaciones del soporte social**

A través de los tiempos se ha observado múltiples evidencias del deseo y gusto del ser humano por la afiliación, como se puede ver en la presencia de los cafés, las peñas deportivas y de otro tipo, los grupos religiosos, y miles de otros grupos formales e informales. Sin embargo, sólo hasta hace muy poco, sostenían Lemos y Hermida en 1990, ha habido el percatamiento del impacto sobre el aspecto físico y mental de las personas que tienen este tipo de afiliaciones. Sin embargo, hasta hoy, no hay una única conceptualización y manera de medición del apoyo social.

Es cuestión aceptada que el estrés no puede predecirse a partir únicamente de la intensidad de las fuentes de estresores, por ejemplo, acontecimientos vitales, tensiones vitales, crónicas, disminución de los recursos vitales del ser humano para afrontar tensiones, o de todos estos acontecimientos actuando al unísono.

La persona, en cambio, se enfrenta a las situaciones productoras de estrés con diversos comportamientos, percepciones de la realidad y cogniciones que pueden alterar dichas circunstancias o de mediatizar su impacto. Entre estos factores que actuarían como mediadores sociales y sus fuentes se destacan los mecanismos de afrontamiento (coping) y los soportes sociales (Lemos y Hermida, 1990).

Sarason (1983) manifiesta que el término de soporte social se refiere a la existencia o disponibilidad de personas, con las cuales se puede confiar que brindarán su ayuda en cualquier circunstancia de la vida. Estas personas hacen saber al individuo que se preocupan, sienten amor por él y lo valoran.

Gottlieb (1983) dice que el soporte social connota el intercambio de sentimientos positivos, confianza emocional y ayuda de diferentes tipos de individuos semejantes. Generalmente este término no es transferido a las relaciones que ocurre entre los profesionales y sus pacientes o clientes debido a la inexistencia de ayuda mutua.

Alvarado (1985) sostiene que el soporte social es la ayuda importante que proviene de personas o instituciones con las que un sujeto se relaciona y que actualiza desde el punto de vista de pérdida o de crisis determinadas por los efectos de estresores psicosociales. El soporte social actúa de manera amortiguadora entre eventos estresantes de la vida y la enfermedad.

#### **2.2.1.3 Fuentes del Soporte social**

Según Lindenthal (1971) propone dos categorías de fuentes de soporte social: primarias y secundarias.

a) Primarias, se refiere al apoyo dado por aquellas personas con las que se tiene una asociación íntima donde el soporte social brindado es parte propia de la

relación y de la amistad. Los familiares y amigos son el ejemplo más típico de estas fuentes de Soporte Social en situaciones de stress.

b) Secundarias, se refiere a aquellas personas con quienes el sujeto tiene una relación menos íntima, por ejemplo aquellas personas a las que el sujeto visita en un lugar específico y quienes reciben un pago para brindar soporte social, (u otros servicios) entre estas personas tenemos los psicoterapéutas, médicos y consejeros.

#### **2.2.1.4 Tipos de Soporte social**

Ciertos autores como House (1981) consideran que pueden distinguirse cuatro tipos de soporte social:

1. Soporte Emocional. Aquel tipo de soporte que provee estima, afecto, seguridad, confianza y atención.
2. Soporte Valorativo. Aquel tipo de soporte que proporciona afirmación, retroalimentación y comparación social.
3. Soporte Informal. Aquel tipo de soporte que proporciona asesoramiento, inspiración, directivas e información.
4. Soporte Instrumental. Aquel tipo de soporte que brinda ayuda en especies, dinero, trabajo, tiempo o modificación ambiental.

#### **2.2.1.5 Componentes del soporte social**

El concepto de soporte social y sus operacionalizaciones pueden ser organizadas en tres categorías amplias: redes sociales, soporte social percibido y soporte social efectivo (Gottlieb, 1983; Heller y Swindler, 1983).

## 1) Redes de soporte social

Ya en 1983 Heller y Swindle definían una red de soporte social como un sistema ecológico de ayuda cotidiana, en la medida que su estabilidad depende del acoplamiento entre las necesidades de la persona y las demandas del entorno. En este contexto, la búsqueda de soporte es la acción que un sujeto, realiza para acceder a una red evaluada como “soportativa”. Los sujetos juegan un rol activo en el establecimiento de las redes y cuando evalúan que sus recursos no les ayudan a solucionar problemas entonces si su red no le ayuda buscan el soporte fuera de su red habitual

2) **Soporte social percibido.** Es la valoración cognitiva que hace la persona respecto a quienes le pueden proveer determinada ayuda en momentos de necesidad. Estas personas no dan soporte social efectivo, pero constituyen para el sujeto personas disponibles o recursos para situaciones problemáticas, lo que proporciona seguridad dentro y fuera de situaciones estresantes (Barrera, 1986).

3) **Soporte social efectivo.** Referido a las acciones soportivas mismas, a la ayuda efectiva, y a las acciones que recibe de los otros en momentos de necesidades (Barrera, 1986).

Estos conceptos están empíricamente relacionados entre sí, lo que plantea para su estudio analizar la diferenciación de redes sociales, soporte social percibido y soporte efectivo.

### 2.2.2.6.- Tipos de Redes de Soporte Social

a) **Formales.** Redes conformadas por los servicios profesionales fomentados directa o indirectamente por el estado. La característica principal de estas redes es que operan bajo un sistema de categorías para la evaluación de ayuda, hay un trato establecido independientemente de las características de las personas, entre

estas redes tenemos: Seguro Social, Escuelas, Centros de salud, etc. En nuestro país, el problema de las redes formales se refleja en que el acceso a los servicios profesionales resulta inaccesible o no satisfactorias a un alto porcentaje de la población, especialmente a los más bajos siendo muchas veces insensible a las diferencias culturales o necesidades particulares que brinda poco margen de participación a las personas que acuden a dichos servicios.

**b) Redes informales.** Redes manifestadas en el contacto y asistencia. Son las fuentes de contacto y asistencia dadas por parientes, amigos o vecinos. Se incluye en este tipo de redes las actividades de ayuda mutua que se dan dentro de un grupo espontáneo y no organizado (Gottlieb, 1983). La ayuda informal no es una actividad unilateral sino como un juego continuo de intercambio mutuo que generan un sistema vasto de derechos y deberes con el grupo primario, la comunidad y la cultura.

Cada una de éstas relaciones sociales identifican diferentes tipos de ayuda o asistencia, así, el soporte brindado por el grupo familiar está basado en la intimidad o en las obligaciones formales para bienes y servicios. En las interacciones amicales se da la reciprocidad, los amigos que son capaces de compartir problemas involucrando al grupo de pares con similares intereses y experiencias. Los vecinos proporcionan ayuda a través de tareas instrumentales, por ejemplo ayudando en situaciones de emergencia. Comúnmente los vecinos no desempeñan funciones de naturaleza íntima. Shii-Kunz y K. Seccombe (1989).

Por último los compañeros de trabajo pueden proveer instrucciones y retroalimentación sobre el adecuado desempeño laboral y proporcionar apoyo indirecto sirviendo como modelo de comparación social Gottlieb (1987).

Las redes sociales generan un sentimiento psicológico de comunidad, que es lo contrario de aislamiento, que es un término que históricamente ha figurado prominentemente en teorías psicosociales y desórdenes psicológicos.

### **2.2.1.7 Efectos del Soporte social**

Manifestamos más arriba el efecto positivo en general del soporte social en el estrés, que particularizamos en cuanto a sus efectos potenciales Pinneau (1976 citado en Freese, 1982), ha sugerido que el proceso de soporte social tiene tres efectos potenciales:

1. Directamente en la fuente de stress (efecto preventivo).
2. Directamente en el grado de tensión o bienestar (efecto terapéutico).
3. Un resultado moderado en la relación stress-tensión (efecto amortiguador).

En otras palabras, aquellos individuos con alto nivel de soporte social, tienen menos probabilidades de estresarse en el trabajo, estudios, etc.

### **2.2.1.8 Factores interactuantes en el soporte social**

El soporte social es un proceso que según Heller y Swindler, (1983) involucra una interacción entre: a) estructura social, b) relaciones sociales, c) roles sociales, y d) atributos personales:

**1) Estructuras sociales.** Son las que proveen el contexto para el desarrollo de las actividades sociales, por ejemplo: el colegio, las organizaciones del trabajo, la vecindad, la familia y asociaciones voluntarias.

**2) Relaciones sociales.** La variedad de interacciones que se dan en las diferentes estructuras sociales es fundamental para la creación de sentimientos de valor de pertenencia, que alimentan el desarrollo de habilidades para afrontar las tareas de la vida. Sin embargo, las relaciones sociales no siempre acrecientan la autoestima o autocompetencia y pueden también socavar la autoestima, y de hecho lo hacen, por lo que no constituyen un sinónimo de soporte social.

Un concepto importante que se da dentro de las relaciones sociales es la “reciprocidad” entendida como el intercambio para prever como para recibir soporte. Antonucci, 1985 (en Ascanoa, 1997), notó que el soporte es mejor entendido como una serie de intercambios sociales recíprocos que ocurren todo el tiempo, en el cual los individuos construyen un soporte de “reserva” o “banco”. Uno no necesita devolver al mismo tiempo el soporte recibido, sin embargo es esperado que en algún momento sea devuelto a algunos miembros de la comunidad. Por ejemplo; la obligación de cuidar a los padres en la ancianidad es una forma de restaurar la equidad. En realidad nuestra motivación por hacerlo es en gran medida determinada por el amor y el confort que aquellos nos dieron a nosotros en relaciones anteriores.

**c) Roles Sociales.** Las estructuras sociales definen los roles asumidos por los miembros, es decir, la forma como espera que deben vincularse con los demás miembros de la comunidad, por ejemplo: un varón pueden molestarse pero no llorar, la gente mayor debe ser tratada con respeto. Al mismo tiempo los roles definen los parámetros dentro de los cuales ocurren las relaciones sociales.

**d) Atributos Personales.** La percepción del soporte y el mantenimiento de las relaciones soportativas dependen también de los atributos personales. Las características personales determinan la variedad de necesidades y demandas de soporte, así como la variedad de acciones de soporte que se pueden ofrecer. Por ejemplo, el que recibe ayuda de otros puede ser visto como una amenaza a la autoestima, la ayuda de otra persona similar puede activar sentimientos de inferioridad y dependencia.

El soporte social, es un recurso multiprático que tiene ambos componentes, el social y el individual (Heller y Swindler, 1983). Individualmente porque la percepción de soporte depende de los atributos personales y sociales, porque depende también de las funciones servidas por la actividad social, debido a que se

da dentro de una estructura social con características propias y con determinadas relaciones sociales entre los integrantes.

#### **2.2.1.9 Teorías del soporte social**

Se ha encontrado una asociación positiva entre el soporte y el bienestar, sin embargo no existe unanimidad para determinar el proceso por el cual se da esta asociación. En este sentido, se han planteado hasta tres teorías sobre el soporte social, que en sus aspectos esenciales veremos muy escuetamente:

**Primera teoría.** El Soporte social como una conexión interpersonal o modelo del efecto principal. Enfatiza la estructura de las redes sociales, se centra en el análisis de las descripciones cuantitativas del ambiente social. Este análisis de la red se basa en el presupuesto que las características estructurales de las relaciones proporcionan efectos beneficiosos ya sea en presencia o ausencia de eventos estresantes. (Sarason, Sarason y Pierce, 1990).

Al analizar el tamaño de la red y la satisfacción con el soporte proporcionado se encuentra que, las redes de tamaño mediano se relacionan previamente con la satisfacción del soporte, mientras que las redes pequeñas y grandes están relacionadas con la insatisfacción. Por otro lado, también se ha encontrado que un componente importante de la satisfacción con el soporte brindado es la intimidad de las relaciones sociales. Así las redes grandes pueden reflejar la falta de intimidad en la red y las redes pequeñas indican dificultad del individuo para lograr intimidad. Asimismo, se encuentra que la presencia de una red heterogénea proporciona un campo amplio de experiencias con personas diferentes, facilitando la adaptación del individuo a su medio. (Nair y Jason, 1985, en Sarason, Sarason y Pierce, 1990).

**Segunda teoría.** El rol de los elementos funcionales del soporte social o modelo de protección mutua. Los recursos proporcionados por las funciones del soporte social promueven bienestar protegiendo o atenuando los efectos adversos de los



eventos estresantes, pero siempre y cuando el soporte recibido vaya en concordancia con las necesidades específicas activadas por el agente estresante. Según se deduce de esta teoría, hay que tener en cuenta la interacción entre la necesidad de soporte, provocada por la situación problemática y el significado personal que los individuos asignan a sus transacciones personales, ya que tanto los que brindan soporte como los que reciben pueden diferir acerca del significado de un acto supuestamente soportativo.

**Tercera teoría.** La sensación de sentirse apoyado o la percepción del soporte social. Se plantea que, el significado primario por el cual el individuo se beneficia del soporte que se le brinda es la percepción que tiene sobre dicha ayuda. El soporte social se puede comunicar mediante comportamientos que ofrezcan ayuda tangible, consejo e información o soporte emocional, pero el ofrecimiento o disponibilidad de estos recursos no constituyen el ingrediente fundamental de soporte social. Lo fundamental es la percepción de la disponibilidad de ayuda, la creencia del individuo de contar con personas que lo aman, aceptan y valoran, se preocupan por él y están dispuestos a hacer todo lo posible para ayudarlos si llegara a necesitar ayuda. Si el individuo no percibe el soporte como disponible probablemente este no será usado, incluso las conductas soportativas de los demás puede no ser vista como ayuda, o lo que proporcionan podría no satisfacer las necesidades del individuo. Se ha llegado a la conclusión que es la creencia de la percepción del soporte lo que cuenta. (Sarason, Sarason y Pierce, 1990).

#### **2.2.1.10 Dimensiones que caracterizan el soporte social**

Las características estructurales abarcan los aspectos cuantitativos y cualitativos de las relaciones socio-afectivas del sujeto:

- 1) Tamaño de la red: número de personas que componen la red social.
- 2) Extensión: dispersión física de los miembros (posición del individuo dentro de la red)
- 3) Densidad: grado de relación entre los distintos miembros.

- 4) intensidad: cercanía percibida de la relación con los distintos miembros, frecuencia de contacto.
- 5) Dimensionalidad: Tipo de actividades que desarrollan los miembros intercambios de recurso de ayuda.
- 6) Homogeneidad: semejanza en las características socio-demográficas de los miembros de la red, puede ser edad, sexo, ocupación, entre otras.

#### **2.2.1.11 Funciones del soporte social**

Se refiere a los beneficios que se pueden obtener al interactuar con otros individuos. Schaefer y cols. 1982, citados en Ascanoa, 1997, indican que estas funciones serían las siguientes:

- 1) Soporte Emocional o Soporte de Estima, expresivo o cercano; provee al individuo estima, afecto, seguridad, confianza y atención, este soporte mejora el nivel de autoestima del sujeto.
- 2) Soporte Valorativo, de pertenencia o compañía social de contar y confiar en alguien, contribuye a la sensación de que uno es amado o cuidado, el cual puede reducir la tensión al satisfacer la necesidad de afiliación, distrayendo a las personas de sus preocupaciones y facilitando estados de ánimo positivos.
- 3) Soporte Informacional, denominado también consejo guía cognitiva y soporte de evaluación, ayuda a definir, entender y enfrentar los eventos problemáticos (provee asesoramiento directrices).
- 4) Soporte instrumental, conocido también como tangible, material; consiste en proporcionar ayuda específica o material para dar solución a un problema, se brinda a través de especies, dinero, trabajo, tiempo o modificación ambiental.

Por su parte, Barrera (1986) define seis funciones del soporte social:

1) Interacción Íntima, atiende a las necesidades de compartir sobre asuntos de carácter estrictamente personal, requiere tiempo y una disposición favorable hacia la persona aún cuando no hay aceptación de la misma en su totalidad o en algún aspecto de su modo de ser o de sus acciones.

2) Ayuda Material, apoyo en necesidades materiales, como por ejemplo: dinero, medicinas, muebles, etc. Compromete recursos materiales dinero o bienes de quien provee el soporte.

3) Consejo e Información, se refiere a la necesidad de contar con quien pueda proporcionar opinión y orientaciones sobre asuntos de gravedad en la vida personal, así como información para afrontar adecuadamente situaciones difíciles. Demanda tiempo, disposición favorable y conocimientos o criterios personales.

4) Información Positiva, responde a nuestras necesidades de reconocimiento y valoración de los estilos personales de vida o las formas personales de hacer las cosas. Requiere de aceptación de la persona y compromete su valoración del estilo o formas personales.

5) Asistencia, es una función orientada a satisfacer las necesidades de compañía para realizar determinadas tareas o resolver algunas situaciones problemáticas, requiere de tiempo y buena disposición.

6) Participación social, atiende necesidades de esparcimiento, requiere de igual voluntad de esparcimiento. Así mismo, define una séptima función, siendo ésta el concepto de:

7) Interacción Negativa, se refiere a aquellas personas con las cuales se tienden a producir algún tipo de conflicto y que muchas veces son también la mayor fuente de soporte social.

### **2.2.1.12. Soporte social en la adolescencia**

Si bien desde los primeros años de vida se va fomentando el soporte social, en la adolescencia es cuánto más debemos conocer la red de soporte, que será de una gran influencia en la vida adulta. La Disponibilidad de soporte social en edades tempranas va a ir reforzando la solución de problemas del individuo Turman, 1985 (en Fruncoml. 1988) al analizar las funciones de soporte proporcionado por los padres, hermanos, abuelos y profesores comprobó que en primer lugar los padres y luego los abuelos son buscados para obtener afecto y mejorar el nivel de autoestima, el soporte instrumental es buscado principalmente en los padres y luego en los profesores, en cambio los amigos son fuente de apoyo emocional, y en cuanto al apoyo a un problema actual (intimidad) los puntajes fueron otorgados a la madre y a los amigos. Es de señalar que el soporte social dado por los padres es la conducta manifiesta de los padres hacia los niños que generan en éstos sentimientos positivos de ser aceptado y considerado por los padres, cuando elogian, muestran afecto, prestan atención; pero los padres fracasan cuando hacen favoritismo entre los niños, ya que son criticados por su comportamiento.

Entre las conductas soportativas, (Barrera, 1986) refirió la ayuda brindada al adolescente para el control del distrés emocional, la provisión de consejo, el compartir responsabilidades, habilidades de enseñanza y ayuda material. Por lo contrario, según Siddique y D' Arcy (1984), el estrés familiar es de gran importancia en la salud mental del adolescente. En este sentido, la percepción de problemas en la comunicación con los padres, la presencia de temores a ser desaprobados, los conflictos familiares y la carencia de relaciones íntimas, son de vital importancia y pueden ser expresados por los adolescentes emocionalmente de manera negativa manifestando distrés emocional en forma de depresión, ansiedad, disfunción sexual o una disminución de energía.

### **2. 2.1.13 Importancia del soporte social**

El soporte social se torna importante en las condiciones generales de vida, pues la explotación de estos sistemas de soporte y el trabajo que se pueda realizar sobre la base de ellos, podrían beneficiar al individuo de tal manera que ocurra atenuación de los procesos psicopatológicos reactivos tanto en el área preventiva como terapéutica, especialmente de los eventos vitales estresantes - “conjunto de circunstancias que impactan en el sujeto y que requieren de cambios de los patrones básicos de la vida del individuo”- . La importancia del soporte social radica en la posibilidad de disminuir o anular los efectos nocivos de una situación de crisis y contribuir con el ajuste psicológico. Como hemos venido viendo, hay evidencia que nos indica que el soporte social tiene una gran influencia en la vida de las personas, ya que hay una estrecha relación entre la red de soporte social y el sujeto que recibe apoyo práctico, emocional, ayuda referida a un problema actual habiendo disponibilidad y reciprocidad entre estos; tratándose de una enfermedad, eventos generadores de stress o de la adaptación a la comunidad; además teniendo en cuenta que el soporte social actúa según las redes entre ambiente y persona, la percepción del intercambio y recursos intercambiados varían a través del tiempo en la medida que las personas se comportan como móviles sociales, y ante nuevas situaciones los individuos se comportan creando nuevas alianzas y dejando viejas redes, modificándolas o ganando nuevas redes (Paz, 1996).

### **2.2.1.14 Limitaciones del soporte social**

Cuando las redes sociales son conflictivas o perturbadoras pueden ser una fuente de stress y conflicto. El estar frente a una situación estresante en el contexto de una relación con alguien consistentemente perturbadora o con el cual no se puede conversar, indica que el individuo no cuenta con una adecuada red de soporte. Los esfuerzos soportativos derivados de estas relaciones negativas son estresores adicionales y no sólo indicadores de la falta de soporte social. Según el contexto

en que se da el soporte; este puede ser percibido como redundante, absurdo o paradójico en sus efectos (Gottlieb, 1988).

## **2.2.2 Calidad de vida**

### **2. 2. 2.1. Evolución del concepto Calidad de vida**

La referencia más antigua de este término se encuentra en los escritos del filósofo griego Séneca aproximadamente, 50 años d. c., quien lo empleó en el sentido de “caulitas vitae” entendiéndole como la plenitud de una vida feliz (Font.1988), aunque Schwartzmann (2003) remonta esta preocupación hasta Aristóteles. En la edad contemporánea, algunos especialistas consideran que fue el economista Jhon Kenneth Gilbraith quien introdujo el término a finales de los años de la década de 1950, pero otros consideran que el primero que lo utilizó fue el expresidente norteamericano Lindon B. Jhonson en 1964 (Vinaccia, 2005). En todo caso, el concepto aparece en los debates públicos y comienza a popularizarse a partir de la década de 1960, como expresión del creciente interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad que a la vez hizo surgir la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos, iniciándose desde las Ciencias Sociales el desarrollo de los indicadores sociales, estadísticos que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población. Estos indicadores tuvieron su propia evolución siendo en un primer momento referencia de las condiciones objetivas, de tipo económico y social, para en un segundo momento contemplar elementos subjetivos (Arostegui, 1998, citado en Gómez-Vela y Sabeh, 2004), manifestados en “percepciones y evaluaciones sociales relacionadas con las condiciones de vida de las personas, y que pueden incluir aspectos tan delicados de medir como son los sentimientos de felicidad, satisfacción, etc.” (Anicama, Mayorga y Henostroza, 2001:8). A fines de la década de 1970 calidad de vida comienza a definirse como concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida (carácter multidimensional) y hace referencia tanto a condiciones objetivas

como a componentes subjetivos. “La inclusión del término en la primera revista monográfica de EE UU, "Social Indicators Research", en 1974 y en "Sociological Abstracts" en 1979, contribuirá a su difusión teórica y metodológica, convirtiéndose la década de 1980 en la del despegue definitivo de la investigación en torno al término”.(Quiceño y Vinaccia, 2008:38).

Actualmente el concepto calidad de vida es muy utilizado en ámbitos muy diversos, como son la salud física y mental, la psicología, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general, hasta convertirse en parte del vocabulario cotidiano, pero es en el contexto de la investigación donde se ha tratado de uniformizar, precisar y darle sentido de mayor utilidad y exactitud, pues su uso multidisciplinario ha generado definiciones disímiles que pretenden adecuarse a la ciencia respectiva. La introducción de los aspectos subjetivos en el estudio de la calidad de vida tiene orígenes inconfundiblemente psicológicos y psicosociales, teniendo los estudios sobre este constructo una inseparable vinculación con la experiencia personal vivida por las personas.

#### **2.2.2.2 Definición de calidad de vida**

La Organización Mundial de la Salud para la Evaluación de la Calidad de Vida WHOQOL GROUP (1995), define la Calidad de Vida como “la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”. Esta conceptualización expresa que la calidad de vida no es equivalente a estado de salud, estilo de vida, satisfacción con la vida, estado mental o bienestar, sino que atendiendo a esta concepción integradora, multicausal y multisectorial cada día crece más la aceptación del hecho de que la calidad de vida puede abordarse desde varios puntos de vista, asimismo, ha crecido el reconocimiento de que esta es una entidad aglutinadora de diversas disciplinas y que debe ser contextualizada de manera integral (Ardon, 2002).

En el proceso de hacer operativo el concepto para su estudio, Felce y Perry (1995, citado en Gómez-Vela y Sabeh, 2004) definieron calidad de vida como: a) la calidad de las condiciones de vida de una persona, b) la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales, c) la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, calidad de vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta (d) y, por último, como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales. En esta definición, se destaca un aspecto objetivo resultante de las condiciones de vida de una persona y un aspecto subjetivo, que predomina, pues el concepto depende en mucho de la concepción propia del mundo que tiene el sujeto, en particular la interpretación y valoración que le da a lo que tiene, vive y espera. Vale decir, la calidad de vida depende de la condición de vida y de la satisfacción en función de un índice de importancia (Felce y Perry, 1995, citado en Gómez-Vela y Sabeh, 2004), basado en el grado de satisfacción-insatisfacción, que reflejaría el bienestar psicológico, entre el punto de vista subyace una dimensión psicológica cognitiva que expresa el nivel de correspondencia entre las aspiraciones y expectativas trazadas por el sujeto y los logros que ha alcanzado o puede alcanzar a corto o mediano plazo (García-Viniegras y González, 2000).

### **2.2.2.3 Calidad de vida y calidad de vida relacionada a la salud**

Por alguna confusión que pudiera surgir, es necesario delimitar los conceptos de calidad de vida y calidad de vida relacionada a la salud (Schwartzmann, 2003), término que aparece a fines de la década de 1980 y que ésta referido a: “la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que le permite seguir aquellas actividades que le son importantes y que afectan su estado general de bienestar. Las dimensiones importantes desde esta visión son el funcionamiento social, el funcionamiento cognitivo, movilidad y cuidado personal y el bienestar emocional”



(Shumaker y Naughton, en Herdman y Baró, 2000, citados en Quiceno y Vinaccia, 2008).

La diferencia sutil entre ambos conceptos estriba en que en “calidad de vida se hace énfasis en los aspectos psicosociales sean estos cuantitativos o cualitativos del bienestar social (welfare) y del bienestar psicológico o bienestar subjetivo general (wellbeing), en tanto que en calidad de vida relacionada con la salud se da mucha mayor importancia a la evaluación por parte del individuo de las limitaciones que en diferentes áreas, biológicas, psicológicas y sociales le ha procurado el desarrollo de una enfermedad o un accidente” (Vinaccia, 2007, citado en Quiceno y Vinaccia, 2008:38).

Es adecuado señalar que en esta tesis el concepto de interés es el de calidad de vida.

#### **2.2.2.4 Dimensiones e Indicadores de Calidad de Vida**

Se han propuesto un conjunto de dimensiones e indicadores de calidad de vida, (Schalock, 2001, citado en Schalock y Verdugo, 2003) ha propuesto las siguientes dimensiones e indicadores de Calidad de vida.

**Cuadro 1. Dimensiones e Indicadores de Calidad de Vida**

<b>DIMENSIONES</b>	<b>INDICADORES</b>	
Bienestar emocional	Seguridad Felicidad Autoconcepto	Espiritualidad Disminución del estrés Satisfacción
Relaciones interpersonales	Intimidad Familia Amistades	Afecto Interacciones Apoyos
Bienestar material	Ser propietario Seguridad Empleo Estatus socioeconómico	Comida Finanzas Posesiones Protección
Desarrollo personal	Educación Satisfacción Actividades significativas	Habilidades Competencia personal, Progreso
Bienestar físico	Salud,  Ocio,  Seguros médicos Cuidados sanitarios.	Actividades de la vida diaria Movilidad Tiempo libre Nutrición
Autodeterminación	Autonomía Decisiones Autodirección	Valores personales y metas Control personal Elecciones
Inclusión Social	Aceptación Apoyos Ambiente residencial Actividades comunitarias	Voluntariado Ambiente laboral Roles sociales Posición social
Derechos	Derecho a voto Accesibilidad Privacidad	Juicio justo Derecho a ser propietario Responsabilidades cívicas

### **2.2.2.5 Importancia de la Calidad de Vida**

Diversos investigadores, entre ellos Shalock (1996), asumen que la investigación sobre Calidad de vida tiene importancia pues es un concepto organizador aplicable en general a la mejora de la sociedad, pero en especial aplicable a la mejora de los servicios humanos. Así, puede ser utilizado para distintos propósitos, entre ellos la evaluación de las necesidades de las personas y sus niveles de satisfacción, la evaluación de los resultados de los programas y servicios humanos, la dirección y guía en la provisión de estos servicios y la formulación de políticas nacionales e internacionales dirigidas a la población en general y a otras más específicas, como la población con discapacidad.

Un desglose por sectores indica que los avances de la medicina han hecho posible prolongar notablemente la vida, generando un aumento importante de las enfermedades crónicas, lo que como ya vimos ha generado un término nuevo: Calidad de Vida relacionada con la salud, vinculada con la percepción que tiene el paciente a los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de ciertos tratamientos en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social. En lo referente a la psiquiatría y la psicología clínica y de la salud se realiza evaluaciones de Calidad de Vida con el fin de medir los resultados de programas y terapias para enfermos crónicos, en especial personas con esquizofrenia y con depresión mayor. En el sector de la educación la investigación es aún escasa y existe muy pocos instrumentos para evaluar la percepción de niños y jóvenes sobre los efectos de la educación en su Calidad de Vida. En este sentido, comienza, a desarrollarse estudios sobre los factores asociados a la efectividad de la escuela poniendo especial atención en aquellos que ejercen un efecto sobre el alumno, comienza a tener cabida en el currículum nuevas áreas con el carácter menos académico que las tradicionales y más vinculado con la formación integral de la persona y la mejora de su calidad de vida, la tecnología de la rehabilitación pasa a formar parte del continuo de apoyos y servicios de que el sistema educativo dispone para hacer realidad la inclusión en el medio escolar de alumnos

con discapacidad y , desde el servicio educativo se adopta un enfoque de mejora de la calidad en la satisfacción del usuario, en este caso, el alumno, pasa a convertirse en un criterio de máxima relevancia (Schalock, 1996)

#### **2.2.2.6 Calidad de vida en niños y adolescente**

Las investigaciones realizadas con niños y adolescentes en calidad de vida son muy pocas la falta de investigación puede deberse, en parte, a la ausencia de mediciones fiables y válidas de la calidad de vida en los adolescentes. En un análisis realizado a las investigaciones sobre calidad de vida desde 1964 se encontró que sólo el 13% hacían referencia a la calidad de vida en los niños (Bullings y Ravens-Sieberer, 2000, citados en Shalock y Verdugo, 2005). Otros análisis bibliográficos indican que las investigaciones desarrolladas entre 1985 a 1999 consideran la calidad de vida infantil de una manera superficial centrándose en medir algunas dimensiones, entre ellas la competencia social, el estrés o las competencias cognitivas. Es recién a partir de los últimos años de la década de 1990 que al empezar a estudiarse a la calidad de vida como un concepto multidimensional que se considera a la percepción individual del niño sobre su bienestar (Verdugo y Sabeh, 2002); aceptándose que la forma en que este interpreta su medio dependerá no sólo de su contexto cultural sino también de la etapa de desarrollo en que se encuentra (Quiceno y Vinaccia, 2008).

### **2. 2. 3. El Adolescente trabajador en la calle**

#### **2. 2. 3.1. Concepto de Trabajo Infantil y de Trabajo infantil en la calle**

Trabajo infantil y Trabajo infantil en la calle, son conceptos que guardan un orden de jerarquía pues el primero es más amplio que el segundo. Veamos dos conceptualizaciones de trabajo infantil: La OIT (2001) emplea el vocablo trabajo infantil para referirse a la participación de niños y adolescentes en ocupaciones laborales realizados en condiciones económicas y sociales que vulneran el

bienestar del menor de edad, en tanto que, el Ente Rector del Sistema de Atención Integral del Niño y Adolescente Trabajador (2002) entiende por trabajo infantil el trabajo realizado por aquel segmento de la población que todavía no ha cumplido la edad previamente determinada por la legislación vigente, que realiza esta labor en cualquier tipo de actividad destinada a la producción y comercialización de bienes y servicios; sea ella realizada en el marco de relaciones salariales, o por cuenta propia o simplemente familiares.

Se deduce de estas conceptualizaciones que; 1) el trabajo infantil es realizado por miembros de la población que efectúan esta actividad teniendo una edad inferior a la estipulada por la ley para ingresar al mundo laboral; 2) el trabajo infantil se realiza en cualquier sector económico, por ejemplo, el sector fabril, el sector de servicios, el agro; 3) el trabajo infantil puede realizarse a cambio de un salario o por propia cuenta; 4) el trabajo infantil afecta el bienestar del menor que lo hace. Alarcón (1994), dice que todo trabajo que los chicos realizan actualmente es una forma de explotación porque afecta su desarrollo y bienestar en áreas centrales para los niños y adolescentes como pueden ser la escuela, familia o juegos.

Por otro lado, el Trabajo infantil en la calle participa de estas características con una precisión: es realizado por niños hasta los 12 años y por adolescentes hasta los 18 años (OIT, 2002) que no han roto los vínculos con sus familias y utilizan a la calle como un espacio laboral (Ordoñez, 1995); entendiéndose por calle (lat. callis, senda, camino), a la vía existente entre edificios o solares (Diccionario de la Real Academia de la Lengua, 2001).

### **2.2.3.2 Características del trabajo infantil**

En nuestro país se observa la incorporación al trabajo infantil de un creciente número de niños y adolescentes, con una remuneración inferior a lo que estipula la ley y con una jornada de más de ocho horas diarias; trabajo que tiene como medio laboral y de socialización principalmente a calles, plazas, mercados, lugares de mayor comercio de las grandes ciudades (Paz. 2006). Alarcón y Vega (1994)

señalan que el adolescente elige el lugar de trabajo y la actividad a realizar o según lo aprendido de los padres. Generalmente cada adolescente ya tiene sus clientes; su lugar de venta, ocasionándose a veces la competencia entre ellos mismos por vender más, ganar la carga y a veces por el espacio físico. Muchas veces, la incorporación a una zona de trabajo implica la aceptación del grupo posesionado de la zona y esto se logra con la ayuda de alguien que ya trabaja allí. Por otro lado, el trabajo hace que estos menores empiecen a modificar su percepción de sí mismo y su visión del entorno y a reconocer que realizan una actividad importante para su vida y para los de su propia familia (Paz. 2006).

### **2.2.3.3 Modalidades del trabajo infantil**

Mansilla (1987) presenta la siguiente clasificación de modalidades de trabajo infantil:

- Niños y adolescentes que trabajan de manera independiente por lo común prestando servicios de tipo callejero o como vendedores ambulantes.
- Niños y adolescentes que ayudan a un trabajo generalmente familiar ya sea que trabaje dentro o fuera del hogar.
- Niños y adolescentes que realizan trabajos domésticos con responsabilidad total o con ayuda.
- Niños y adolescentes que trabajan a tiempo parcial paralelamente y que concurren a la escuela.
- Niños y adolescentes que trabajan durante los días feriados, fines de semana en las noches o en períodos de vacaciones escolares solamente.

Paz (1996), por su lado, comunica las siguientes modalidades:

- Cargadores de bultos y paquetes.
- Cobradores de micro.
- Venta de agua en los cementerios.

- Venta de golosinas, flores, helados, gelatina, etc. (ambulantes).
- Pesadores.
- Limpiadores y cuidadores de carros.
- Vendedores de tubérculos y verduras.
- Vendedores de materia prima de calzado, maletines, útiles de limpieza, artículos plásticos.
- Peladores de pollo.
- Lustrabotas.
- Ayudante de cocina y repartidor de comida.
- Barredores del mercado.
- Juntadores y vendedores de verdura, pescados.
- Empleados domésticos.
- Herrería

Otras modalidades son presentadas por el Comité Directivo Nacional para la Erradicación del Trabajo Infantil:

- Trabajo en canteras
- Segregación de basura
- Talleres pirotécnicos
- Fabricación artesanal de ladrillos
- Estibadores
- Ayudantes en taller de carpintería, automotriz
- Participación en minería artesanal
- Albañilería
- Trabajadoras del hogar
- Fileteo de pescado y trozado de aves en mercados

#### **2.2.3.4 El trabajo del adolescente de acuerdo al ordenamiento legal**

El Decreto Ley N° 26.102, aprobó el Código de los Niños y adolescentes, en su libro segundo, capítulo IV brinda normas sobre el régimen del adolescente que trabaja. Estas se encuentran contenidas en los siguientes artículos:

##### **Artículo 53°.- EDAD MÍNIMA PARA EL TRABAJO**

Los adolescentes requieren autorización para trabajar, salvo el caso del trabajador doméstico y el del trabajador familiar no remunerado.

El que contrate a un trabajador doméstico o el responsable de la familia, en el caso del trabajador familiar no remunerado, inscribirá al adolescente trabajador en el registro municipal correspondiente.

En este Registro se consignará los datos señalados en el artículo 54°.

##### **Artículo 54°.- EDADES REQUERIDAS PARA TRABAJAR EN DETERMINADAS ACTIVIDADES.-**

Las edades requeridas para autorizar el trabajo de los adolescentes son las siguientes:

Para el caso del trabajo por cuenta ajena o que se preste en relación de dependencia:

- a) Catorce (14) años para labores agrícolas no industriales.
- b) Quince (15) años para labores industriales, comerciales o mineras.
- c) Dieciséis años (16) para labores de pesca industrial. Para el caso de las demás modalidades de trabajo, doce (12) años.



Se presume que los adolescentes están autorizados por sus padres o responsables para trabajar, cuando habiten con ellos, salvo manifestación expresa en contrario de los mismos.

#### Artículo 59°.- JORNADA DE TRABAJO.

El trabajo de los adolescentes entre los doce (12) y catorce (14) años no excederá de cuatro (04) horas diarias ni de veinticuatro (24) horas semanales.

El trabajo de los adolescentes entre quince (15) y diecisiete (17) años no excederá de seis (06) horas diarias ni de treinta y seis horas semanales.

#### Artículo 60°.- TRABAJO NOCTURNO.

Se prohíbe el trabajo nocturno de los adolescentes, entendiéndose por éste el que se realiza entre las 19:00 y las 7:00 horas. El Juez podrá autorizar excepcionalmente el trabajo nocturno de adolescentes entre quince (15) y diecisiete (17) años, siempre que éste no exceda de cuatro horas diarias.

#### Artículo 61°.- TRABAJOS PROHIBIDOS.

Se prohíbe el trabajo de los adolescentes en subsuelo, en labores en que se manipule pesos excesivos y en actividades en las que su seguridad o la de otras personas estén sujetas a la responsabilidad del adolescente.

El Ente Rector a través del Sector Trabajo, en coordinación y consulta con los gremios laborales y empresariales, establecerá periódicamente una relación de trabajo y actividades peligrosas o nocivas para su salud física o moral, en las que no podrá ocuparse adolescentes.

### **2.2.3.5 Condiciones de trabajo**

El trabajo infantil y adolescente, en general, se concentra bajo la categoría ocupacional de trabajo familiar no remunerado. Muchos trabajan con y para sus familias, estando expuestos a riesgos similares que sus padres o familiares; sin embargo, la condición de ser niños, niñas y adolescentes los hace más vulnerables porque no están dotados de los mismos recursos físicos y emocionales que la población adulta. Plan Nacional de Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil (CPETI) 2005)

Para el Plan Nacional de Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil (CPETI) 2005). El riesgo tiene que ver fundamentalmente con la naturaleza de la tarea laboral y con la edad del trabajador. El trabajo infantil y adolescente es un elemento que vulnera los derechos básicos. Solamente para señalar dos casos paradigmáticos. La venta ambulatoria implica la exposición a atropellos de autos, robos de mercadería, insultos y desprecio del público, peleas con otros vendedores, cansancio muscular, problemas por respiración persistente de gases tóxicos y socialización en ambientes, en ocasiones, no propicios para niños y niñas. Sin embargo, esta es una ocupación absolutamente cotidiana y consentida por la ciudadanía.

Los trabajos peligrosos son aquellos que, sea por su naturaleza intrínseca o por las condiciones en que se desarrolla, son nocivos para la salud, seguridad, moralidad y educación de niñas, niños y adolescentes. Así por ejemplo, la participación infantil y adolescente en la minería artesanal es una ocupación que por su naturaleza y, sin lugar a dudas, se cataloga entre las peores formas de trabajo infantil. Se estima de manera gruesa en 50 mil los menores de edad que en el Perú estarían involucrados en esta actividad. Los ejes de concentración están en los departamentos de Madre de Dios, Puno, Ayacucho, Arequipa, Ica y, en menor cuantía, en La Libertad. Otro trabajo peligroso, es la segregación de basura en diversas ciudades del país es otra ocupación evidentemente peligrosa;

así como la participación en la elaboración de ladrillos artesanales, el trabajo doméstico en hogares ajenos o el trabajo en canteras, entre las diversas ocupaciones que, por su naturaleza, afectan a la infancia y adolescencia.

Incluso algunas ocupaciones aparentemente tan inocuas como la venta callejera o el cuidado de carros pueden ser peligrosas cuando se realizan en contextos que ponen en riesgo el bienestar de los niños, niñas y adolescentes trabajadores. Plan Nacional de Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil (CPETI) 2005)

### **2.2.3.6 Causas del trabajo infantil y adolescente**

Según el Plan Nacional de Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil (CPETI) 2005), el trabajo infantil y adolescente es resultado de un conjunto de factores que Intervienen, de manera conjunta.

Son múltiples las variantes a nivel familiar que podemos agrupar como causas del trabajo de niñas, niños y adolescente. Una de las variantes puede ser la pobreza de las familias, pero no un factor suficiente; como es evidente, no todas las familias pobres envían a sus hijos a trabajar. Otras variantes son la desestructuración familiar, quizá el fallecimiento del padre o la separación de los progenitores, entre otros. Sin embargo, es en el ámbito de las familias donde opera la decisión final de si los hijos entran a trabajar o no y la decisión de escoger entre los hijos menores de edad cuál de ellos se incorporará al mercado de trabajo. En este último, influyen variables de orden individual, entre los principales la condición física del niño, el lugar que ocupa entre los hermanos o sexo.

Otro elemento de orden estructural es la presencia de una cultura permisiva y tolerante ante el trabajo infantil. Quizá esto tenga que ver con la diseminación de patrones culturales andinos tradicionales, bajo los cuales el trabajo infantil tendría una connotación positiva. Quizá el proceso de migración y mestizaje cultural sea una de las posibles fuentes de explicación de la presencia de esta permisividad cultural al trabajo infantil, incluso en las ciudades.

En el fondo parece permanecer la idea del trabajo infantil como factor de control social: mejor que trabajen a que sean rateros, pandilleros o vagos.

Sobre la base de estos dos grandes factores estructurales, es posible identificar otros elementos importantes entre los que destaca la educación escolar pública. Existen problemas de cobertura, principalmente en inicial y secundaria, limitaciones que se acentúan en zonas rurales. Asimismo existen severos problemas de calidad que se traducen en los deplorables resultados académicos obtenidos por los estudiantes en pruebas de evaluación internacionales. Asociado a esto, está el tema de los costos de oportunidad. Es decir, el valor de la contribución económica infantil aunque no sea monetaria puede ser elevada en comparación con las ganancias en conocimientos que obtienen en ir a una escuela que los padres consideran ineficiente. En otras palabras, en la lógica de ciertas familias, dado que la educación no cubre sus expectativas y, considerando que necesitan el aporte del niño, prefieren que éste vaya a trabajar antes que a la escuela.

#### **2.2.3.7 Consecuencias del trabajo infantil y adolescente**

Las consecuencias del trabajo infantil se verifica tanto en el plano personal, familiar como social; y son posibles de expresarse tanto en el corto, mediano, como en el largo plazo (Plan Nacional de Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil (CPETI, 2005).

Son muy escasos los estudios realizados sobre el impacto psicológico y en la salud física del trabajo infantil. Sin embargo, los hallazgos existentes indican un proceso de maduración prematuro y adquisición de responsabilidades desmedidas que provocan una situación estresante, viéndose afectada la salud mental de estos niños, niñas y adolescentes. Está documentado el daño profundo que produce en la salud física la participación de menores de edad en ocupaciones

como la explotación minera artesanal, la segregación de basura, el cargar bultos y cajas en los mercados mayoristas, entre muchas otras ocupaciones que se puede mencionar. Los problemas y lesiones son diversos: contaminación con mercurio que puede llegar a alterar el sistema nervioso, heridas con objetos punzantes e infecciones dermatológicas, malformaciones en la columna vertebral, infecciones respiratorias y enfermedades parasitarias, agotamiento físico, etc.

Los registros sobre el impacto del trabajo prematuro en la educación escolar son, del todo, contundentes. En primer lugar, cálculos elaborados en base a la ENAHO (2001) indican que, del total de niñas, niños y adolescentes trabajadores en nuestro país, 20% se dedican exclusiva e íntegramente al trabajo; esto quiere decir que en el Perú 1 de cada 5 menores de edad entre 6 y 17 años que trabaja está excluido del sistema educativo.

Esta inmersión total en el mercado laboral y exclusión de la educación escolar es un gravísimo problema social a atender y ha de ser asumido como eje prioritario en las políticas referidas al trabajo infantil (Plan Nacional de Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil (CPETI) 2005).

Limitando el análisis al tramo de edad entre 14 y 17 años, comparando asistencia escolar entre población que trabaja y no trabaja, la misma fuente estadística indica que 41% de la población adolescente entre 14 y 17 años que trabaja no asiste a la escuela mientras que dicha inasistencia escolar, para el mismo tramo de edad, disminuye a 13% si no se trabaja. En otras palabras, un adolescente trabajador tiene 3 veces más probabilidades de estar fuera de la escuela en contraste con un adolescente que no trabaja.

#### **2.2.3.8 Desarrollo psicosocial de menores trabajadores**

Basilica (1987) señala que el adolescente trabajador va formando nuevos conceptos y valores a través de vivencias tan dispares como la de la violencia que

las personas que diariamente reciben e imparten, de los engaños y la desconfianza, de la pequeña solidaridad momentánea que repentinamente se da, sobre todo en los momentos difíciles, entre compañeros y aliados del mismo destino aprende de las experiencias del pequeño robo, de las mentiras de la coima, del juego del contrabando en medio de su inestabilidad y en constante movimiento va adquiriendo valores más útiles, vitales, pero muchas veces contradictorias a los recibidos en la casa, la escuela o la iglesia, la familia, el trabajo son los espacios de socialización del menor (adolescente-niño) que trabaja.

Según Alarcón y Vega (1994) esta población ha de atravesar por aquello que la clásica antropología norteamericana denominaba un proceso de “aculturación”, es decir, de internalización de nuevos patrones culturales funcionales al medio en que recién se incorpora la persona. En efecto, la gran mayoría de adolescentes por las varias horas que permanecen en la calle van adquiriendo patrones de vida de los otros vendedores y son sus agentes de socialización; también aprenden a tolerar la frustración, a ser sociales, agresivos o sumisos y la integración de estos aspectos va formando su personalidad. Los riesgos a los que están expuestos son muchos: robos, maltratos, accidentes, drogas, alcoholismo, vicios, etc. Asimismo, se da el aprendizaje de conductas compatibles con la idea que el más fuerte es el que sobrevive, siendo éstas totalmente opuestas a las impartidas en el hogar (Paz 1996).

En el desarrollo psicosocial de los niños y adolescentes trabajadores tiene mucha importancia el grupo de pares. Los menores trabajadores tienen amigos en áreas cercanas al lugar donde trabajan y en la escuela (Mansilla, 1986). Al trabajar en una misma zona, a pesar de la competencia por la ganancia diaria, de una u otra manera comparten juegos; problemas, se pelean, también se ayudan, enfrentan problemas comunes referidos al trabajo como desalojos del lugar por la policía, batidas, etc. y además van formando parte de su red de soporte social (Paz, 1996). Por su lado, Zucchetti (1990) refiere que los adolescentes que trabajan

durante el día no forman grupo con la facilidad que lo hacen los que trabajan en la noche.

#### **2.2.3.9. La familia y el trabajo infantil**

En el caso de la familia que vive en base a su propia producción, el ámbito familiar abarca casi todo el conjunto de relaciones sociales. Al interior de la familia se da una división del trabajo dirigido a producir para satisfacer las necesidades de la familia, en la que participan hombres, mujeres y niños de acuerdo a sus capacidades y a los roles que se les atribuye en la comunidad. Pero además de esta función económica, la familia cumple funciones de socialización, que en esta situación centraliza ella. En el caso de la familia que vive en base a un salario, aún cuando complementa ingresos con su propia producción, hay una situación diferente en el siguiente sentido: los asalariados diversifican su mundo de relaciones sociales extendiéndolo al medio que los rodea, el lugar de trabajo, con sus relaciones de solidaridad de clase y de explotación, el mercado, la escuela, etc. se va extendiendo su red de soporte (Paz y Miranda 1995).

En el marco de la organización económica familiar, los roles laborales asumidos por los integrantes de la familia se da por el tipo de estructura económica en la cual están insertadas de algunas familias, el trabajo es inevitable en tanto la necesidad de la familia, teniendo mayores niveles de responsabilidad y solidaridad para con su familia.

Las diferentes investigaciones demuestran que la inmensa mayoría de menores trabajadores viven con ambos padres o por lo menos con uno de ellos (Mansilla 1989).

#### **2.2.3.10. Enfoques de política para el afronte del trabajo infantil**

Históricamente se observa que en todas las sociedades los niños y adolescentes han participado en mayor o menor grado en los procesos de producción,

intercambio y servicios necesarios para la supervivencia del grupo al que pertenece, afectando su adecuado desarrollo físico y psicosocial (Mendelievich 1980). Alarcón (1994), sostiene que todo trabajo que los chicos realizan actualmente es una forma de explotación porque afecta su desarrollo y bienestar en áreas centrales para los niños y adolescentes como pueden ser la escuela, familia o juegos.

En el debate contemporáneo existen tres grandes posturas en torno al trabajo de niños y adolescentes en América Latina. La primera de ellas propone como objetivo último la eliminación del trabajo infantil; la segunda reivindica al trabajo de los niños asumiendo esta actividad como un derecho humano, consecuentemente se niega como necesaria la eliminación del trabajo de los niños y adolescentes; mientras una tercera mantiene una posición ambigua respecto al objetivo último, centrando su acción en la intervención cortoplacista. Sin embargo, lo que sí está claro es que la progresiva eliminación del trabajo infantil exige una elevación general de los niveles de vida, un fortalecimiento de la infraestructura educativa y, quizá todavía más fundamentalmente, una mayor conciencia de la necesidad de cambio. A corto plazo, la protección de los niños y adolescentes que trabajan requieren medidas prácticas que permitan mejorar sus condiciones de trabajo y vida (OIT, Blanchard ,1985).

## **2.3 Hipótesis**

A la luz de este marco teórico, fundamentalmente en los hallazgos de Ruíz, Barañano, Moraza, Urquiza, Madinabeitia, Gonzales (2009) que encuentran una asociación significativa positiva entre el soporte social y la búsqueda de apoyo, la restructuración positiva, y asociación negativa con el aislamiento social, aspectos que, a su vez, se vinculan con varias de las dimensiones de la calidad de vida propuestas por Schalock, 2001(citado en Schalock y Verdugo, 2003), tales como seguridad, protección, salud, accesibilidad, apoyo, comida, disminución del estrés, educación, metas y familia ; las que se encuentran en el contexto con



probabilidades diferentes a su acceso. Estas probabilidades para acceder a las dimensiones de calidad de vida posiblemente se relacionan con los diferentes agentes de soporte social con los que interactúa el adolescente por lo que podemos esperar que independientemente de las condiciones socioeconómicas incluso de las condiciones laborales tempranas, adolescentes trabajadores, no necesariamente se encontrará pérdida de la calidad de vida sino podría compensar con el producto que genera como soporte las condiciones laborales, a pesar de lo que considera el Plan Nacional de Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil (CPETI, 2005), para el este trabajo conlleva a un alto riesgo de inseguridad, salud, abandono escolar, baja autoestima, derechos básicos, cuidados sanitarios, actividades de la vida diaria, valores personales y metas. En el proceso de esclarecer esta especulación teórica es que planteamos la siguiente hipótesis de investigación.

Existe diferencia en el soporte social y la calidad de vida entre los Adolescentes trabajadores de la calle y no trabajadores, residentes en el distrito de San Martín de Porres.

## **2.4 Definición de términos**

Soporte social. “Ayuda importante que proviene de personas o instituciones con las que un sujeto se relaciona y que actualiza desde el punto de vista de pérdida o de crisis determinadas por los efectos de estresores psicosociales”. (Alvarado, 1985). Operacionalmente es medido por las respuestas de los sujetos a los ítems de la Escala de Soporte Social de Flaherty, Gaviria y Pathak (1983).

Calidad de vida. Es un constructo multidimensional y está relacionado con la salud como componente subjetivo, con aquello que es expresión de bienestar o malestar, más allá de lo que objetivamente ocurre en las interacciones de la persona con su ambiente (Olson & Barnes, 1982, citado por Summers, et al. 2005).

Adolescente Trabajador es aquel que utiliza la calle, plazas, mercados como espacios laborales realizando en mayor o menor grado alguna venta y producción de productos, etc. Estando expuestos diariamente a riesgos y/o peligros físicos, morales y psicológicos, conllevando a consecuencias negativas para su desarrollo bio-psicosocial haciendo que este ingrese tempranamente al mundo del adulto, así va quemando etapas de su desarrollo (Paz, 1996).

## **CAPITULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1 Tipo de investigación**

Desde el punto de vista general, el tipo de investigación es, un primer momento descriptivo pues se caracteriza a las muestras estudiadas según los niveles de soporte social y de calidad de vida. En un segundo momento, es comparativo pues las hipótesis son de diferencia de grupos (Hernández, Fernández y Baptista, 2006), ya que se someten a comparación respecto del soporte social y la calidad de vida a dos grupos, uno de adolescentes que trabajan y otro de adolescentes que no trabajan que viven en el distrito de San Martín de Porres.

#### **3.2 Diseño de investigación**

El estudio responde a un diseño de tipo Transeccional comparativo pues los datos fueron obtenidos mediante la aplicación de los cuestionarios en un solo momento. (Hernández, Fernández y Baptista, 2006), con los datos obtenidos se realizó comparaciones que hicieron posible establecer la relación de las variables

soporte social y calidad de vida por separado con la variable adolescentes trabajadores y adolescentes no trabajadores.

### **3.3 Población y muestra**

#### **3.3.1 Población objetivo**

La población objetivo (Sánchez y Reyes, 2006) son los adolescentes trabajadores y no trabajadores de la calle del distrito de San Martín de Porres; los Adolescentes que trabajan en la calle ascienden a 7,110 inscritos en el Programa Nacional del Niño y el Adolescente trabajador organizado por el Instituto Nacional de Bienestar Familiar (INABIF).

Se comparo con adolescentes que no trabajan en la calle, solo estudian en una Institución Educativa Estatal con una población de 1,316 alumnos del nivel secundaria entre hombres y mujeres.

#### **3.3.2 Población accesible**

La población accesible (Sánchez y Reyes, 2006) está constituida por 132 niños, niñas y adolescentes trabajadores que participan en el referido Programa y trabajan en el distrito de San Martín de Porres, de los cuales 60 de ellos tienen edades entre 13 a 17 años y ambos sexos, y 60 adolescentes no trabajadores de una Institución Educativa Estatal, de ambos sexos entre 13 a 17 años.

#### **3.3.3 Muestra**

**3.3.3.1 Tipo de muestreo.** El muestreo es no probabilístico de tipo intencional o intencionado pues la muestra fue seleccionada de la población accesible atendiendo a los siguientes criterios de inclusión: Tener entre 13 a 17 años, igual número de varones y mujeres y haber cumplimentado todos los reactivos de los instrumentos de investigación.

**3.3.3.2 Tamaño de la muestra.** La muestra quedo compuesta de 60 hombres y mujeres que satisficieron los requisitos de inclusión. Por otro lado, la muestra de comparación se formo con 60 adolescentes hombres y mujeres no trabajadores que cursaban estudios en una institución educativa estatal del distrito de San Martín de Porres, de similares características socioeconómicas a la muestra de adolescentes trabajadores.

### **3.4 Identificación de variables**

#### **3.4.1 Variables de estudio**

##### **1) Soporte social**

Variable ordinal, con los siguientes valores o niveles: alto, medio y bajo.

##### **2) Calidad de vida**

Variable ordinal con los siguientes valores o niveles: No óptima y óptima

#### **3.4.2 Variable de comparación**

##### **1) Adolescente trabajador**

Variable cualitativa de dos valores: Adolescente trabajador de la calle y adolescente no trabajador.

##### **2) Sexo**

Variable cualitativa de dos valores: Varón y mujer.

#### **3.4.3 Variable de control**

Distrito de residencia: San Martín de Porres.

### **3.5 Técnica de recolección de información**

La observación de las variables de estudio se realizó empleando la técnica de la encuesta en la modalidad del Cuestionario, empleándose los siguientes instrumentos: Escala de Soporte Social de Flaherty, Gaviria y Pathak (1983), y la Escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes (1982),

#### **3.5.1 Escala de Soporte social**

Esta escala se fundamenta en la teoría del vínculo de Bowlby, que propone que para el desarrollo adecuado de la persona es necesario que esta establezca “vínculos” de manera tal que sus relaciones se vuelven cálidas, íntimas y continuas encontrándose una satisfacción a nivel personal como social.

##### **1) Ficha técnica**

1. Nombre : Escala de soporte social.
2. Autores : Flaherty, J.A.; Gaviria, F.M. y Pathak, S. (1983).
3. Consistencia: Altamente confiable, mide cuantitativamente el apoyo social para los pacientes y la población en general.
4. Propósito : Medir el grado de soporte social.
5. Administración: En forma individual o colectiva
6. Usuarios : Adolescentes, Jóvenes y adultos.
7. Duración : Un promedio de 20 minutos.
8. Puntuación: Cada ítem del 1 al 9, con puntaje máximo de 225 y mínimo de 45, en los ítems 10 y 11, puntaje máximo de 60 y mínimo de 12. La suma total del puntaje máximo es 285 y el puntaje mínimo es 57.
9. Significación: Evaluar el grado de soporte social y las redes de interacción del sujeto.

**2) Breve descripción.** Consta de 11 preguntas referidas a 4 personas y una institución, señaladas por el propio evaluado como los más importantes para ellos como parte de sus redes sociales que posee y que le son planteados.

Las áreas a evaluarse dentro del cuestionario cuantifica el soporte social desde el punto de vista de la: disponibilidad, reciprocidad, apoyo práctico, apoyo emocional y apoyo relacionado con el problema actual.

- a) Disponibilidad:** Abarca las preguntas G, H, I que exploran la potencialidad que tiene el individuo para recibir ayuda. Evalúa los recursos latentes con los que podría contar la persona en caso de ser necesario.
- b) Reciprocidad:** Abarca las preguntas K, L, M. Busca explorar el equilibrio entre dar y recibir como un medio de obtener satisfacción y de esta forma generar también en la persona sentimientos de autoestima.
- c) Apoyo práctico:** Se refiere a la medida en que una persona es capaz de resolver problemas en forma concreta y esta ayuda se presta siempre y cuando se mantengan relaciones interpersonales estrechas. Abarca las preguntas J, K.
- d) Apoyo emocional:** Es el área de mayor importancia ya que es considerada como la variable representativa del soporte social. Es referente a la oportunidad de recibir apoyo afectivo en una situación de dificultad que la amerite. Abarca las preguntas L, M, N, O.
- e) Apoyo relacionado al problema actual:** Es el apoyo relativo, la ayuda que se presta ante una situación difícil y específica, reciente en el momento de crisis actual. Comprende las preguntas P, Q.

Las preguntas A, B, C, D, E y F se refieren en forma exclusiva a los aspectos demográficos del grupo de estudio las instituciones pueden ser: alguna iglesia, club, escuela beneficencias, etc. Esta información no estará incluida en la calificación sin embargo permitirá un análisis detallado de los resultados.

**3) Confiabilidad.** Flaherty, Gaviria y Pathak (1983) analizaron la consistencia interna de la escala en una muestra estadounidense compuesta de 407 pacientes, 100 estudiantes, 74 miembros de un vecindario urbano y 320 miembros de una comunidad religiosa frecuentemente cerrada. Concluyeron en que para las escalas de disponibilidad, apoyo emocional, apoyo práctico y reciprocidad, el coeficiente alfa estandarizado fue 0,92 y para el apoyo relacionado al problema actual fue de 0,83; por lo tanto, el instrumento es confiable midiendo en forma cuantitativa el apoyo social para la población en general. Por otro lado, en el Perú, Zanoló y Gómez, (1993) administraron la escala a 241 estudiantes de universidades particulares y estatales, obteniendo una consistencia interna de 0,89 medida con el coeficiente alfa de cronbach.

En el presente estudio para la estimación de la confiabilidad, validez y elaboración del baremo se administro la escala a 200 estudiantes varones y mujeres de 13 a 17 años provenientes de tres instituciones educativas estatales del distrito de San Martín de Porres. La confiabilidad fue estimada empleando la técnica de la consistencia interna mediante el cálculo del coeficiente alfa de cronbach (Muñiz, 1995). La tabla 1 muestra el resultado:

**Tabla 1. Confiabilidad de la Escala de Soporte social**

<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>Número de ítems</b>	<b>Muestra (n)</b>
0,89	11	200

El valor del coeficiente alfa es tipificado como elevado, lo que nos indica que la consistencia interna de la escala es fuerte y que los ítems están cohesionados entre sí, adquiriendo sentido, para efectos prácticos, la suma de los reactivos para elaborar una puntuación total (Nunally y Bernstein, 1995; Muñiz, 1995; Castaños, 1975). Esta información indica que la escala es confiable.



**4) Validez.** Fue estimada mediante dos procedimientos: a) un análisis de los ítems buscando de determinar el grado de capacidad discriminativa de cada ítem para diferenciar a los sujetos con alta y baja puntuación en el Soporte social, calculando mediante el coeficiente de correlación de pearson su índice de discriminación o correlación ítem-total corregida; b) También se calculo la validez factorial buscando dar respuesta a la pregunta ¿qué proporción de la varianza de las puntuaciones de los sujetos que responden a la escala se puede atribuir a la variable que mide?. (Aliaga, Rodríguez, Ponce, Frisancho y Enríquez, 2006).

**Tabla 2. Escala de Soporte social: Correlación ítem-test corregida**

<b>Item</b>	<b>Correlación ítem total-corregida</b>
<i>Frecuencia de contacto con el grupo</i>	0,566
<i>Facilidad de encontrar grupo</i>	0,630
<i>Conversar con comodidad</i>	0,542
<i>Grado en que el grupo proporciona ayuda práctica</i>	0,620
<i>Grado en que el grupo proporcionaría ayuda práctica</i>	0,614
<i>Apoyo emocional del grupo</i>	0,753
<i>Apoyo emocional que proporcionaría</i>	0,736
<i>Apoyo del grupo para recuperar la confianza en sí mismo</i>	0,753
<i>Apoyo del grupo cuando necesitaría orientación</i>	0,774

<i>Apoyo del grupo ante la pérdida de una persona cercana</i>	0,521
<i>Apoyo del grupo ante una situación difícil</i>	0,512

Las correlaciones ítem-test corregidas o índices de discriminación superan largamente el valor de +0,20 considerado como mínimo aceptable (Ary, Jacobs y Razavieh, 1990, citados en Aliaga, Rodríguez, Ponce, Frisancho y Enríquez, 2006).

Por otro lado, para estimar la validez factorial se utilizó la técnica de los componentes principales y rotación varimax, y se empleó el criterio de retener el factor con un auto valor o valor propio (eigen value) superior a 1. Se hallaron 2 factores que explican el 62.03% de la varianza de las puntuaciones, que es considerado psicométricamente como satisfactorio (Aliaga, Rodríguez, Ponce, Frisancho y Enríquez, 2006).

Estos datos indican que la Escala de Soporte Social tiene características de validez que la hace apropiada para la medición del soporte social.

**5) Baremo.** Se elaboró un baremo en puntuaciones percentiles, el que aparece en la siguiente tabla:

**Tabla 3. Baremo de la Escala de Soporte Social**

<b>PERCENTIL</b>	<b>PUNTUACION DIRECTA</b>
1	41
5	114
10	126
15	133
20	143
25	150
30	156
35	161
40	168
45	171
50	176
55	182
60	187
65	193
70	200
75	203
80	212
85	217
90	228
95	249
99	250 +
X	176,30
DS	42,75
N	200

El baremo nos permite determinar los niveles de soporte social de acuerdo a los cuartiles (percentiles 25, 50 y 75):

**Tabla 4. Niveles de Soporte social**

<b>Niveles</b>	<b>Puntuación directa</b>
Bajo soporte social	11 – 150
Moderado soporte social	151 – 202
Alto soporte social	203 a +

### **3.5.2 Escala de Calidad de Vida de David Olson y Howard Barnes.**

Esta Escala fue construida a partir de la Teoría de los Dominios desarrollados por David Olson y Howard Barnes en 1982. Los objetivos de esta escala son medir las percepciones individuales de satisfacción dentro de los dominios de la experiencia vital de los individuos en diferentes ámbitos de su vida.

#### **1) Ficha técnica**

- |                          |   |   |
|--------------------------|---|---|
| 1. Nombre                | : | Escala de Calidad de Vida.  |
| 2. Autores               | : | David Olson y Howard Barnes (1982).   |
| 3. Consistencia Interna: |   | Altamente confiable   |
| 4. Propósito             | : | Medir el grado de calidad de vida.  |
| 5. Administración        | : | En forma individual o colectiva.  |
| 6. Usuarios              | : | Adolescentes  |
| 7. Duración              | : | Un promedio de 15 minutos.  |
| 8. Puntuación            | : | Cada ítem tiene un puntaje mínimo de 1 y un máximo de 5. El puntaje máximo es 125 y el mínimo 25. |
| 9. Significación         | : | Evaluar el grado de Calidad de vida.  |

#### **2) Breve descripción**

Consta de veinticinco preguntas referidas a once sub áreas: su vida familiar, amigos, familia extensa, salud, hogar, educación, ocio, religión, medios de comunicación, bienestar económico, vecindario y comunidad, donde la persona deberá responder a la pregunta general “Que tan satisfecho está usted con”; referidas a las once sub áreas ya mencionadas las respuestas están dadas en una escala de 1 al 5 (que se refiere 1: insatisfecho; 2. Un poco insatisfecho; 3. Más o menos satisfecho; 4. Bastante satisfecho; 5. Completamente satisfecho).

Olson y Barnes desarrollaron dos instrumentos para medir la calidad de vida, una versión para padres con 43 ítems y 12 áreas (vida marital y familiar, amigos,

familia extensa, salud, hogar, educación, tiempo, religión, empleo, medios de comunicación, bienestar económico y vecindario y comunidad); y una versión para adolescentes con 25 preguntas con las mismas áreas que la escala de adultos con excepción de matrimonio y empleo. Diecinueve preguntas son comunes a las dos escalas, 21 son sólo para adultos y 6 aparecen únicamente en la forma para adolescentes

### **3) Confiabilidad**

Olson y Barnes (1982, citados en Anicama, Mayorga y Henostroza, 2001) evaluaron la confiabilidad de la Escala a través del método test-retest, se efectuó usando la forma de adolescentes con 124 sujetos de doce clases universitaria y secundaria estadounidenses. El lapso entre las dos aplicaciones fue de cuatro a cinco semanas. La correlación de Pearson para la escala total es de 0,64 y las correlaciones para los doce factores van desde 0,40 hasta 0,72. La confiabilidad de la consistencia interna se halló con el coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach, siendo para la escala padres igual a 0,92 y para la escala adolescentes igual a 0,86. En el Perú, Bulnes, Huerta, Santivañez, Riveros, Aliaga e Hidalgo (1999) realizaron un estudio en 128 madres adolescentes, los índices de discriminación o correlación ítem-test corregida indicaron que tres de los ítems (números 2, 8 y 23) (Vida familiar, Hogar y Vecindario) tenían una baja capacidad discriminativa.

El 2003 Muchotrigo presento unos baremos por nivel socioeconómico obtenidos en estudiantes de colegios estatales y particulares de Lima Metropolitana. Sin embargo, por las características de la muestra de nuestro estudio, hemos preferido realizar los estudios de confiabilidad, validez y cálculo del baremo en los 200 estudiantes de tres instituciones educativas estatales de San Martín de Porres empleados también con el mismo fin para la Escala de Soporte Social. Los resultados los siguientes:

**Tabla 5. Confiabilidad de la Escala de Calidad de Vida**

<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>Número de ítems</b>	<b>Muestra (n)</b>
0,85	25	200

El coeficiente alfa es elevado, indicando que la consistencia interna de la escala es fuerte, los ítems están cohesionados entre sí, adquiriendo sentido, para efectos prácticos, la suma de los reactivos para elaborar una puntuación total (Nunally y Bernstein, 1995; Muñiz, 1995; Castaños, 1975). Esta información indica que la escala es confiable.

#### **4) Validez**

Como información pertinente a la validez se cálculo los índices de discriminación de los ítems de Calidad de Vida.

La tabla 6 muestra estos índices, calculando la correlación puntuación de los ítems vs puntuación total.

**Tabla 6. Escala de Calidad de vida: Correlación ítem-test corregida**

<b>Item</b>	<b>Correlación ítem total-corregida</b>
<i>1. Familia</i>	0,439
<i>2. Sus hermanos</i>	0,315
<i>3. El número de hijos en su familia</i>	0,220
<i>4. Sus amigos</i>	0,264
<i>5. Su relación con parientes</i>	0,252
<i>6. Su propia salud</i>	0,413
<i>7. La salud de otros miembros de la familia</i>	0,315
<i>8. Sus actuales condiciones de vivienda</i>	0,443
<i>9. Sus responsabilidades en la casa</i>	0,350
<i>10. Su actual condición escolar</i>	0,420
<i>11. El tiempo libre que tiene</i>	0,280
<i>12. La forma como usa su tiempo libre</i>	0,422
<i>13. La vida religiosa de su familia</i>	0,393
<i>14. La vida religiosa de su comunidad</i>	0,389
<i>15. La cantidad de tiempo que los miembros de su familia pasan viendo televisión</i>	0,319
<i>16. Calidad de los programas de televisión</i>	0,374
<i>17. Calidad del cine</i>	0,462

<b>Item</b>	<b>Correlación ítem total-correctada</b>
<i>18. Calidad de los periódicos y revistas</i>	0,481
<i>19. La capacidad de su familia para satisfacer necesidades básicas</i>	0,540
<i>20. La capacidad de su familia para darle lujos</i>	0,521
<i>21. La cantidad de dinero que tiene para gastar</i>	0,502
<i>22. Las facilidades para hacer compras en su comunidad</i>	0,610
<i>23. La seguridad en su comunidad</i>	0,465
<i>24. El barrio donde vive</i>	0,313
<i>25. Las facilidades para recreación (parque, campos de juego, actividades, etc)</i>	0,329

Se observa que el tamaño de las correlaciones ítem-test corregidas o índices de discriminación son mayores a +0,20 considerado como mínimo aceptable (Ary, Jacobs y Razavieh, 1990, citados en Aliaga, Rodríguez, Ponce, Frisancho y Enríquez, 2006).

El análisis factorial de componentes principales y rotación varimáx empleando el criterio de retener el factor con un auto valor o valor propio (eigen value) superior a 1, indicó el hallazgo de 7 factores que explican el 57,19 % de la varianza de las puntuaciones, valor considerado psicométricamente como satisfactorio (Aliaga, Rodríguez, Ponce, Frisancho y Enríquez, 2006).

Los datos del índice de discriminación y de la validez factorial indican que la Escala de Calidad de Vida tiene características de validez apropiadas para la medida de la calidad de vida.



## 5) Baremo.

**Tabla 7. Baremo de la Escala de Calidad de Vida**

<b>PERCENTIL</b>	<b>PUNTUACION DIRECTA</b>
1	51
5	61
10	68
15	71
20	74
25	76
30	78
35	80
40	82
45	84
50	85
55	87
60	88
65	90
70	91
75	93
80	95
85	98
90	102
95	107
99	125 +
X	84,86
DS	13,55
N	200

El baremo permite establecer los niveles de calidad de vida: Óptima y no óptima, utilizando como criterio de corte el cuartil 3 o percentil 75.

**Tabla 8. Niveles de Calidad de vida**

<b>Niveles</b>	<b>Puntuación directa</b>
Calidad de vida óptima	93 - 125
Calidad de vida no óptima	25 – 92

### **3.6 Procedimiento**

- 1) Se administró las Escalas de soporte social y de Calidad de vida a una muestra de 200 estudiantes varones y mujeres de tres instituciones educativas estatales del distrito de San Martín de Porres.
- 2) Se analizó los resultados de esta aplicación para determinar las características de confiabilidad y validez en la población de adolescentes de San Martín de Porres que concurren a las instituciones educativas estatales.
- 3) Se elaboraron los baremos en percentiles para ambas escalas, de manera que se pudiera cumplir con uno de los objetivos de la investigación.
- 4) Se seleccionó a los adolescentes trabajadores de la calle que laboran en el distrito de San Martín de Porres, según la lista de aquellos que participan en el Programa del INABIF.
- 5) Se gestionó el permiso de las autoridades de una Institución Educativa Estatal del distrito buscando una muestra de adolescentes no trabajadores de similares características sociodemográficas a la de los adolescentes trabajadores de la calle.
- 6) Se revisó cada uno de los cuestionarios y se efectuó la calificación manualmente de las respuestas a los cuestionarios.
- 7) Se hizo la codificación de las variables y se elaboró una base de datos para su sometimiento al análisis estadístico apropiado.
- 8) Se interpretaron los resultados del análisis estadístico y previa reflexión se transformaron los datos en conocimiento para la redacción del Informe final.

### **3.7 Análisis estadístico**

En el proceso del tratamiento estadístico de los datos se recurrió a la estadística descriptiva, empleando frecuencias, porcentajes, media aritmética y desviación estándar. Se empleó también la estadística inferencial utilizando la prueba Ji cuadrado de independencia y la prueba t de student para muestras independientes (Clark-Carter, 2002). Los cálculos estadísticos se ejecutaron con el Paquete estadístico SPSS, versión 16.

## **CAPITULO IV**

### **RESULTADOS**

En este capítulo se presentan, analizan y discuten los resultados del análisis estadístico de los datos recolectados en función de los objetivos e hipótesis de estudio.

#### **4.1 Presentación y análisis de resultados**

##### **4.1.1 Características del soporte social de los adolescentes trabajadores y no trabajadores del distrito de San Martín de Porres.**

**Tabla 9. Adolescentes trabajadores. Estadísticos descriptivos en Soporte social**

<b>Estadísticos</b>	<b>Soporte social</b>
Media aritmética	193,77
Desviación estándar	21,95
N	60

Considerando al soporte social como una variable ordinal, en la tabla 9 se observa que la media del puntaje total es 193,77, que corresponde a un percentil de 65 en la muestra de baremación (tabla 3), lo que ubica en un nivel moderado de soporte social (tabla 4). Por otro lado, la muestra tiene una variación (21,95) muy pequeña en comparación con la variación comunicada en el baremo (42,75), ella señala que el grupo de trabajadores de la calle es más o menos homogéneo en esta variable.

En la tabla 10 se presentan los resultados de la distribución de la variable soporte social cuando es considerada como ordinal.

**Tabla 10. Niveles de soporte social de los adolescentes trabajadores**

<b>Niveles de soporte social</b>	<b>Adolescentes trabajadores</b>	
	<b>F</b>	<b>%</b>
Bajo	17	28,33
Moderado	28	46,67
Alto	15	25,00
TOTAL	60	100,00

Se observa en la tabla 10 que el nivel predominante de soporte social en los adolescentes trabajadores de la calle es el Moderado, ubicándose allí casi el 50% de la muestra (46,67%), es decir 5 de cada 10 de estos percibe el soporte social que recibe como Moderado. Se observa también que los adolescentes agrupados en los niveles Moderado y Alto representan el 71,67% (46,67 + 25,00) de los adolescentes trabajadores; en tanto que algo más de la cuarta parte de los mismos (28,33%) comunican tener un bajo nivel de soporte social, es decir, prácticamente 1 de cada 4 de estos adolescentes posee este nivel de soporte.

Por otro lado, En la tabla 11 se observa los niveles de soporte social de los varones y mujeres trabajadores de la calle.

**Tabla 11. Soporte social y sexo en los adolescentes trabajadores de la calle**

SEXO	SOPORTE SOCIAL			TOTAL
	Bajo	Moderado	Alto	
Varones	9	14	7	30
Mujeres	8	14	8	30
TOTAL	17	28	15	60

En el proceso de establecer si varones y mujeres difieren en el nivel de soporte social que perciben como recibido de su red social, utilizamos la prueba Ji cuadrado de independencia que verifica la hipótesis de nulidad ( $H_0$ ) de que las frecuencias observadas en las distintas celdas o casillas de la tabla 11 no difieren de las que serían esperables si no existiera ningún tipo de relación entre las variables. (Clark-Carter, 2000).

**Tabla 12. Resultado de la prueba Ji cuadrado de independencia**

Valor Ji cuadrado calculado	Valor Ji cuadrado teórico Nivel de significación 0,05	Significación
0,124	5,991 con 2 grados de libertad	Estadísticamente no significativo

El resultado de la tabla 12 indica que el valor Ji cuadrado calculado es menor que el valor Ji cuadrado teórico con un nivel de significación del 0,05 y 2 grados de libertad ( $0,124 < 5,991$ ); nada se opone en aceptar la hipótesis de nulidad. Los adolescentes varones y mujeres trabajadores de la calle no son diferentes en el nivel de soporte social que perciben de su red social.

**Tabla 13. Adolescentes no trabajadores. Estadísticos descriptivos en Soporte social**

<b>Estadísticos</b>	<b>Soporte social</b>
Media aritmética	167,37
Desviación estándar	35,19
N	60

En la tabla 13 se observa que la media del puntaje total es 167,37, que corresponde a un percentil de 40 en la muestra de baremación (tabla 3), lo que ubica en un nivel moderado de soporte social (tabla 4). Por otro lado, la muestra tiene una variación (35,19) más pequeña que la del grupo de baremación (42,75) pero más elevada que la del grupo de adolescentes trabajadores (21,95), ello señala que el grupo de adolescentes no trabajadores de la calle es heterogéneo en comparación con el grupo de adolescentes trabajadores.

En la tabla 14 se muestran los resultados de la distribución de la variable soporte social:

**Tabla 14. Niveles de soporte social de los adolescentes que no trabajan en la calle**

<b>Niveles de soporte social</b>	<b>Adolescentes trabajadores</b>	
	<b>F</b>	<b>%</b>
Bajo	23	38,33
Moderado	24	40,00
Alto	13	21,67
TOTAL	60	100,00

En la tabla 14 se observa que el nivel predominante de soporte social en los adolescentes que no trabajan en la calle es el Moderado, ubicándose allí el 40% de la muestra, es decir 4 de cada 10 de estos adolescentes percibe el soporte social que recibe como Moderado. También se observa que los adolescentes agrupados en los niveles Moderado y Alto representan el 61,67% (40,00 + 21,67)

de los adolescentes no trabajadores; en tanto que algo más de un tercio de los mismos (38,33%) comunican tener un bajo nivel de soporte social.

En el establecimiento de si el sexo influía en la percepción del soporte social recibido en los adolescentes que no trabajan en la calle, el análisis estadístico indica lo que sigue.

**Tabla 15. Soporte social y sexo en los adolescentes que no trabajan en la calle**

<b>SEXO</b>	<b>SOPORTE SOCIAL</b>			<b>TOTAL</b>
	<b>Bajo</b>	<b>Moderado</b>	<b>Alto</b>	
Varones	10	11	9	30
Mujeres	13	13	4	30
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>13</b>	<b>60</b>

**Tabla 16. Resultado de la prueba Ji cuadrado de independencia**

<b>Valor Ji cuadrado calculado</b>	<b>Valor Ji cuadrado teórico Nivel de significación 0,05</b>	<b>Significación</b>
2,478	5,991 con 2 grados de libertad	Estadísticamente no significativo

El resultado de la tabla 16 indica que el valor Ji cuadrado calculado es menor que el valor Ji cuadrado teórico con un nivel de significación del 0,05 y 2 grados de libertad ( $2,478 < 5,991$ ); nada se opone en aceptar la hipótesis de nulidad. Los adolescentes varones y mujeres que no trabajan en la calle no son diferentes en el nivel de soporte social que perciben de su red social.

#### 4.1.2 Características de Calidad de vida de los adolescentes trabajadores y no trabajadores del distrito de San Martín de Porres.

**Tabla 17. Adolescentes trabajadores. Estadísticos descriptivos en Calidad de vida**

<b>Estadísticos</b>	<b>Calidad de vida</b>
Media aritmética	85,65
Desviación estándar	12,72
N	60

Considerando a calidad de vida como una variable ordinal, en la tabla 17 se observa que la media del puntaje total es 85,65, que corresponde a un percentil de 50 en la muestra de baremación (tabla 5), lo que ubica en un nivel no óptimo de la calidad de vida (tabla 8). Por otro lado, la muestra tiene una variación (12,72) algo menor en comparación con la variación comunicada en el baremo (13,55), ella señala que el grupo de trabajadores de la calle tiene más o menos el mismo grado de variabilidad que la muestra normativa.

En la tabla 18 se presentan los resultados de la distribución de la variable calidad de vida cuando es tratada como ordinal.

**Tabla 18. Niveles de calidad de vida de los adolescentes trabajadores de la calle**

<b>Niveles de calidad de vida</b>	<b>Adolescentes trabajadores</b>	
	<b>F</b>	<b>%</b>
Óptima	15	25%
No óptima	45	75%
TOTAL	60	100,00

En la tabla 18 se observa que el nivel predominante de calidad de vida en los adolescentes trabajadores de la calle es el No óptimo, ubicándose en este nivel el 75% de la muestra, es decir 3 de cada 4 de estos adolescentes percibe su



calidad de vida como no óptima. Sólo 1 de cada 4 (25%) comunica un nivel de vida óptimo.

Asimismo, en la tabla 19 se ve los niveles de calidad de vida de los varones y mujeres trabajadores de la calle.

**Tabla 19. Calidad de vida y sexo en los adolescentes trabajadores de la calle**

SEXO	CALIDAD DE VIDA		TOTAL
	Óptimo	No óptimo	
Varones	9	21	30
Mujeres	6	24	30
TOTAL	15	45	60

**Tabla 20. Resultado de la prueba Ji cuadrado de independencia**

Valor Ji cuadrado calculado	Valor Ji cuadrado teórico Nivel de significación 0,05	Significación
0,346	5,991 con 2 grados de libertad	Estadísticamente no significativo

El resultado de la tabla 20 indica que el valor Ji cuadrado calculado –con la corrección de Yates - es menor que el valor Ji cuadrado teórico con un nivel de significación del 0,05 y 2 grados de libertad ( $0,346 < 5,991$ ); nada se opone en aceptar la hipótesis de nulidad. Los adolescentes varones y mujeres trabajadores de la calle no son diferentes en el nivel de percepción de calidad de vida que tienen.

**Tabla 21. Adolescentes no trabajadores de la calle. Estadísticos descriptivos en Calidad de vida**

Estadísticos	Calidad de vida
Media aritmética	87,76
Desviación estándar	12,78
N	60

Considerando a calidad de vida como una variable ordinal, en la tabla 21 se observa que la media del puntaje total es 87,76, que corresponde a un percentil de 50 en la muestra de baremación (tabla 5), lo que ubica en un nivel moderado de soporte social (tabla 8). Por otro lado, la muestra tiene una variación (12,78) algo menor en comparación con la variación comunicada en el baremo (13,55), ella señala que el grupo de adolescentes que no trabaja en la calle es ligeramente más homogéneo que el grupo normativo.

En la tabla 22 se muestran los resultados de la distribución de la variable calidad de vida cuando es tratada como ordinal.

**Tabla 22. Niveles de calidad de vida de los adolescentes que no trabajan en la calle**

Niveles de calidad de vida	Adolescentes trabajadores	
	F	%
Óptima	18	30%
No óptima	42	70%
TOTAL	60	100,00

En la tabla 22 se observa que el nivel predominante de calidad de vida en los adolescentes no trabajadores de la calle es el No óptimo, situándose en este nivel el 70% de la muestra, es decir 7 de cada 10 de estos adolescentes percibe su calidad de vida como no óptima. Sólo 3 de cada 10 comunica un nivel de vida óptimo.

Asimismo, en la tabla 23 se ve los niveles de calidad de vida de los varones y mujeres no trabajadores de la calle.

**Tabla 23. Calidad de vida y sexo en los adolescentes que no trabajan en la calle**

SEXO	CALIDAD DE VIDA		TOTAL
	Óptimo	No óptimo	
Varones	10	20	30
Mujeres	8	22	30
TOTAL	18	42	60

**Tabla 24. Resultado de la prueba Ji cuadrado de independencia**

Valor Ji cuadrado calculado	Valor Ji cuadrado teórico Nivel de significación 0,05	Significación
0,076	5,991 con 2 grados de libertad	Estadísticamente no significativo

En la tabla 24 se muestra un resultado que indica que el valor Ji cuadrado calculado –con la corrección de Yates - es menor que el valor Ji cuadrado teórico con un nivel de significación del 0,05 y 2 grados de libertad ( $0,076 < 5,991$ ); nada se opone en aceptar la hipótesis de nulidad. Los adolescentes varones y mujeres no trabajadores de la calle no son diferentes en el nivel de percepción de calidad de vida que tienen.

#### **4.1.3 Diferencias en el Soporte social entre los adolescentes trabajadores de la calle y adolescentes que no trabajan en la calle.**

**Tabla 25. Diferencias en el soporte social de los adolescentes trabajadores de la calle y no trabajadores**

<b>Soporte social</b>	<b>ADOLESCENTES</b>	
	<b>Trabajadores de la calle</b>	<b>No trabajadores de la calle</b>
Media aritmética	193,77	167,37
Desviación estándar	21,95	35,19
TOTAL	60	60

**Tabla 26. Resultado de la prueba t de student para muestras independientes**

<b>Valor t student calculado</b>	<b>Valor t student teórico Nivel de significación 0,05 Nivel de significación 0,01 (con 118 grados de libertad)</b>	<b>Significación</b>
4,93	0,05 = 1,98 0,01 = 2,63	Estadísticamente muy significativo

El resultado de la t de student nos permite contrastar en parte la hipótesis de estudio. En efecto, el valor resultante (4,93) es mayor que el valor t teórico al nivel de significación del 0,01 (2,63), por lo tanto, el resultado es estadísticamente muy significativo ( $p < 0,01$ ), indicando que se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias aritméticas con un margen de error de 1%. Los adolescentes trabajadores de la calle tienen una mejor percepción del soporte social del que disponen en comparación con los adolescentes que no trabajan en la calle. Es adecuado señalar que según los resultados de las tablas 10 y 14 ambos grupos comunican tener un nivel moderado de soporte social, pero según el resultado de la tabla 26, dentro de este nivel moderado los adolescentes trabajadores de la calle se sitúan mejor.

#### 4.1.4 Diferencias en Calidad de vida entre los adolescentes trabajadores de la calle y adolescentes que no trabajan en la calle.

**Tabla 27. Diferencias en Calidad de vida de los adolescentes trabajadores de la calle y no trabajadores**

Calidad de vida	ADOLESCENTES	
	Trabajadores de la calle	No trabajadores de la calle
Media aritmética	85,65	87,76
Desviación estándar	12,72	12,78
TOTAL	60	60

**Tabla 28. Resultado de la prueba t de student para muestras independientes**

Valor t student calculado	Valor t student teórico Nivel de significación 0,05 Nivel de significación 0,01 (con 118 grados de libertad)	Significación
0,906	0,05 = 1,98 0,01 = 2,63	Estadísticamente no significativo

En la tabla 28, la t de student nos permite contrastar en parte la hipótesis de estudio. En efecto, el valor resultante (0,906) menor al valor t teórico al nivel de significación del 0,05 (1,98), por lo tanto, el resultado no es estadísticamente significativo ( $p > 0,01$ ), indicando que nada se opone en aceptar la hipótesis nula de igualdad de medias aritméticas. Los adolescentes trabajadores y no trabajadores de la calle tienen un similar nivel de percepción no óptima de la calidad de vida que tienen, según los resultados presentados en las tablas 18 y 22.

## 4.2 Discusión de resultados

En primer lugar, antes de tratar los resultados en torno a los objetivos e hipótesis de investigación, señalamos que se logro obtener indicadores de confiabilidad y validez para la Escala de Soporte social de Flaherty, Gaviria y Pathak y la Escala de Calidad de vida de Olson y Barnes en la población de escolares de 13 a 17 años de instituciones educativas estatales del distrito de San Martín de Porres. Indicadores que avalan el uso de estas pruebas en este estudio. Asimismo, se calcularon baremos en percentiles para mejor cumplir con los propósitos de la investigación, los mismos que serán útiles a los psicólogos que trabajen con estos instrumentos.

En segundo lugar, los resultados concernientes al Soporte Social, los interpretaremos teniendo en cuenta, primero a datos descriptivos relacionados con los reactivos de la Escala de Flaherty, Gaviria y Pathak y, después a los datos resultantes del análisis estadístico vinculado a los objetivos del estudio. En este sentido, las personas a los que los adolescentes trabajadores perciben como los que brindan ayuda o algún tipo de Soporte Social son los padres en un 35% , luego los amigos y pares en un 33.3%, con un 26% hermanos, tíos y abuelos. Estos datos revelan la percepción importante de su red más cercana a los padres como actores de ayuda o de soporte, pero a la vez la influencia de la red de amigos y pares que es ligeramente superior a la del grupo familiar, creemos que es por tener similares intereses, experiencias, tiempo que pasan juntos y pasar por las mismas situaciones problemáticas.

Así mismo, el apoyo emocional que perciben de su red es de 69%; también es apreciado la disponibilidad con un 53%, la reciprocidad en un 50% que permite el equilibrio entre dar y recibir como medio de obtener satisfacción y una buena autoestima, el apoyo practico cuenta con un 41 % gracias a las relaciones estrechas tienen ayuda para resolver cualquier dificultad que se les presente y el apoyo en un problema actual con 60% siendo comprendidos y orientados en resolver cualquier problema concreto.

Los resultados correspondientes al Soporte Social señalan que la mayoría de adolescentes que trabajan en la calle y que no trabajan en esta, perciben que gozan de un soporte social de nivel moderado, pero en la amplitud que abarca este nivel los adolescentes que trabajan en la calle están significativamente mejor ubicados. Este resultado es congruente con los hallados en Lima por Paz (1996) y por Portugal (1992). Paz encontró que los adolescentes trabajadores comunicaban disponer de un mejor soporte social que sus pares no trabajadores, reflejado en un buen apoyo práctico y emocional, tendiendo a ser más escuchados, comprendidos y orientados en resolver cualquier problema concreto, habiendo buena disponibilidad de la red para compartir espacios recreativos y formativos (Paz, 1996). Por su lado, Portugal (1992) analizó las redes de soporte social de menores varones que viven en la calle y de menores varones trabajadores provenientes del Cercado de Lima y de los distritos de La Victoria (La Parada) y Miraflores, encontrando que los menores trabajadores tenían un mejor soporte social proveniente de una red de soporte integrada mayoritariamente por los miembros del grupo familiar.

En tercer lugar, los resultados respecto de la calidad de vida indican que mayoritariamente ambos grupos de adolescentes tanto los que trabajan en la calle como los que no hacen esta labor, tienen una percepción pobre, baja, de su calidad de vida en los aspectos familiar, amigos, familia extensa, salud, hogar, educación, tiempo, religión, empleo, medios de comunicación, bienestar económico y vecindario y comunidad. Posiblemente en esta percepción juegue un rol importante el nivel socioeconómico pues ambos grupos proceden de familias modestas, trasfondo que estaría causando una insatisfacción con las condiciones de vida, y de paso un bienestar psicológico traído a menos (Felce y Perry (1995, citado en Gómez-Vela y Sabeth, 2004).

## RESUMEN

El trabajo infantil, concretamente el trabajo que realizan niños y adolescentes en la calle, es un problema social que necesita del esfuerzo de todos para si bien no erradicarlo en un primer momento por lo menos paliar sus efectos, que son muchos. Basta tener presente que estos niños y adolescentes pasan por muchas experiencias, que no las tienen niños que podemos llamar en situación de normalidad, que de alguna manera afectan su desarrollo cognitivo y afectivo pues viven en situación de riesgo. En el presente trabajo, nos propusimos contribuir a conocer mejor como se presenta en los adolescentes trabajadores de la calle el soporte social, que es uno de los recursos sociales de los que dispone todo ser humano, y la percepción que tienen de su calidad de vida, constructo que implica un grado de satisfacción-insatisfacción que reflejaría en última instancia bienestar psicológico.

La Investigación tiene dos momentos, uno descriptivo y otro comparativo, este último porque su hipótesis a comprobar es de diferencia de grupos (Hernández, Fernández y Baptista, 2006) Por otro lado, básicamente el diseño del estudio es transeccional, de comparaciones. La población es la de los niños y adolescentes trabajadores en la calle que en número de 7,110 están inscritos en el Programa Nacional del Niño y Adolescente Trabajador que realiza el INABIF, correspondiendo la población accesible a 132 adolescentes trabajadores de la



calle, varones y mujeres de 13 a 17 años, del distrito de San Martín de Porres que es el ámbito geográfico y socioeconómico en el que se encuadra la investigación.

El muestreo fue no probabilístico y la muestra fue de 60 adolescentes trabajadores de la calle, 30 varones y 30 mujeres. La muestra de comparación de similares características sociodemográficas, fue de 60 adolescentes, 30 varones y 30 mujeres, que estudiaban en una institución educativa estatal del distrito.

Previamente se analizó la confiabilidad y validez y se elaboraron baremos en percentiles para la Escala de Soporte Social de Flaherty, Gaviria y Pathak (1983) y la Escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes (1982), empleándose como muestra normativa a 200 estudiantes de 13 a 17 años varones y mujeres de tres instituciones educativas estatales del distrito de San Martín de Porres.

En lo referente a los objetivos del estudio, en el análisis estadístico se empleó básicamente la prueba de t student para muestras independientes y la prueba Ji cuadrado de independencia. Los resultados indican que los adolescentes trabajadores de la calle y los adolescentes no trabajadores en términos generales tienen un nivel moderado de soporte social, pero los trabajadores de la calle en la amplitud de este nivel tienen una mejor posición; asimismo, que ambos grupos de adolescentes perciben a su calidad de vida como no óptima.

## CONCLUSIONES

- 1) Los adolescentes trabajadores de la calle y los adolescentes que no trabajan sean varones o mujeres tienen mayoritariamente un nivel moderado de soporte social.
- 2) Los adolescentes trabajadores de la calle y los adolescentes que no trabajan sean varones o mujeres tienen mayormente una percepción no óptima de su calidad de vida
- 3) Los adolescentes trabajadores de la calle y los adolescentes que no trabajan, tienen similares niveles de soporte social y de percepción de su calidad de vida, pero en lo referente al soporte social, los primeros se sitúan mejor en la amplitud del nivel moderado.
- 4) La principal fuente de soporte social de los adolescentes trabajadores de la calle es considerada a sus padres de quienes perciben que cuentan con apoyo práctico e instrumental, ayuda emocional y que les prestan atención a sus problemas con una buena disponibilidad y reciprocidad entre estos de recibir y dar; en segundo lugar están los amigos y pares de quienes reciben el apoyo emocional y comparten problemas comunes.
- 5) Para los adolescentes trabajadores de la calle el apoyo emocional, seguido por la reciprocidad, disponibilidad y apoyo en resolver un problema actual son consideradas como una de las principales variables de las sub áreas de soporte social referido a la oportunidad de recibir y dar afecto en una situación que lo amerite y por último el apoyo practico que implica que los adolescentes trabajadores tienen una mayor facilidad para fortalecer su “si mismo” y darle un sentido reforzante y positivo a su vida.

## **RECOMENDACIONES**

1. Replicar el estudio en muestras de adolescentes trabajadores de la calle con un enfoque cuanti-cualitativo.
2. Ampliar la población de la investigación a los niños trabajadores de la calle y a los niños que viven en la calle.
3. Elaborar instrumentos que evalúen el soporte social y la calidad de vida que tomen más en cuenta la realidad sociocultural y psicológica de los adolescentes y niños trabajadores de la calle.
4. Teniendo en cuenta las características de la realidad sociocultural y psicológica de los adolescentes y niños trabajadores de la calle, elaborar modelos de variables causales de la percepción del soporte social y de la calidad de vida.
5. Crear mecanismos de intervención que hagan posible el mejorar el soporte social de los adolescentes y niños trabajadores de la calle.
6. Desarrollar programas de investigaciones, respecto a la motivación para concretar plan de vida sostenida con el propósito de romper el círculo de pobreza.

## BIBLIOGRAFIA

- Alarcón, W. (1991). *Entre Calles y Plazas*. Lima, IEP. UNICEF ADEC/ATC.
- Alarcón, W. (1994). *Ser niño. Una nueva mirada de la infancia en el Perú*. Lima. IEP.
- Alarcón, W. y Vega, L. (2004). *Situación y Alternativas sobre el Trabajo Infantil Callejero*: UNICEF – INABIF.
- Aliaga, J., Rodríguez de los Ríos, L., Ponce, C., Frisancho, A. y Enriquez, J. (2006). Escala de desesperanza de Beck (BHS): adaptación y características psicométricas. *Revista de Investigación en Psicología*. Vol. 9, N°1. Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Alvarado, C. (1985). *Soporte social: ¿Teoría o Práctica?* Cuadernos de Psicología 4. Volumen 4, N° 1-2.
- Anicama, J., Mayorga, y Henostroza, C. (2001). Calidad de vida y recaídas en adictos a sustancias psicoactivas de Lima Metropolitana. *Psicoactiva 19*: 7-27. Recuperado el 7 de enero de 2010. Disponible en: [http://www.cedro.org.pe/ebooks/Psicoactiva19p7\\_28.pdf](http://www.cedro.org.pe/ebooks/Psicoactiva19p7_28.pdf)
- Ardón, N. (2002): Análisis del debate actual sobre las diferentes perspectivas de calidad de vida. En *Calidad en Salud*. Programas de Post Grados en Administración de Salud. Universidad Javeriana, Colombia Recuperado el 10 de noviembre de 2009. Disponible en: <http://www.gerenciasalud.com/art28.htm>
- Ascanoa, N. (1997). *Soporte social y calidad de vida en pacientes sometidos a hemodiálisis*. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología. Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Lima, Perú.
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, 14(4), 413-445.
- Bowly, J. (2006). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Sexta edición. Madrid: Morata.
- Boyden, J. (1988). *Niños en Situación de Alto Riesgo en Lima - Perú*. UNICEF.
- Bulnes, M., Ponce, C., Huerta, R., Santivañez, R., Riveros, M., Aliaga, J. e Hidalgo, J. (1999). Calidad de Vida y Comunicación familiar en Madres Adolescentes. *Revista en Investigación en Psicología*. Vol 2, N° 2. UNMSM. Lima.
- Castaño, C. (1975). Selección de los elementos de una Escala de Personalidad. *Revista de Psicología General y Aplicada*, N° 130, Vol. XXX: 609-618.

- Clark-Carter, D. (2002). *Investigación cuantitativa en psicología*. México: Oxford.
- ENAH0 (2009). *Encuesta Nacional de Hogares*. Lima: INEI
- Flaherty, J.A. Gaviria, F.M. y Parhak (1983). *The measurement of social Support: The social support network inventory*. *Comprehensive psychiatry*, 24 (6) 521- 529.
- Franco, R. (1989). *Redes de Soporte Social de Niños Trabajadores en Lima Metropolitana*. *Revista de Psicología, PUC, Año VII, Vol VII, N° 1*.
- Frese, M.(1982). Occupational socialization and psychological development: An underemphasized research perspective in industrial psychology. *Journal of Occupational Psychology.*, 55, 209-224. Recuperado el 10 de enero 2010, disponible en <http://www.uni-giessen.biz/content/publications/003.pdf>
- García-Viniegras, V. y González, I (2000). La categoría bienestar psicológico: Su relación con otras categorías sociales. *Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]*. 2000 Dic [citado 2010 Ene 07]; 16(6): 586-592. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086421252000000600010&lng](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252000000600010&lng)
- Garmendia, M., Alvarado, M., Montenegro, M. y Pino, P. (2008). Importancia del apoyo social en la permanencia de la abstinencia del consumo de drogas. *Revista médica de Chile* v.136 n.2 Santiago feb. Recuperado el 11 de diciembre de 2009. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872008000200005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872008000200005&script=sci_arttext)
- Gildenberger, C. (1978): Desarrollo y calidad de vida". *Revista Argentina de Relaciones Internacionales*. Vol. IV, No. 12, septiembre/diciembre. Buenos Aires
- Gómez, R. (1994). *Estructura de Cambio en Psicoterapia Locus de Control. Soporte Social y Programación Neurolingüística*. U. I. G. V.
- Gómez- Vela, M. y Sabeth, E. (2004). *Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica*. Recuperado el 15 de octubre de 2009. Disponible en: <http://www.fejidif.org/Herramientas/cd/herramientas%20de%20trabajo/Investigacion/General/CALIDAD%20DE%20VIDA.pdf>
- Gonties, B. (1997). Niños de la calle en Brasil, reflexiones psico-ecológicas. *Desastres & Sociedad*. 5 (8), 162-172. Recuperado el 12 de octubre de 2009. Disponible en: <http://www.desenredando.org/public/revistas/dys/rdys08/dys-8-1.0-may-2-2002-TODO.pdf>
- Goodwin, R., Costa, P., & Adonu, J. (2004). Social support and its consequences: "Positive" and "deficiency" values and their implications for support and self-esteem. *British Journal of Social Psychology*, 43(3), 465-474.

Gottlieb, B. (1987). *Using Social Support to protect and promote health*. Journal of primary prevention. Fall/Winter,8.

Grimaldo, M. (2003). Escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes. Manual Técnico. Lima. Universidad San Martín de Porres.

Heller, K. (1979). *The effects of social support prevention and treatment implications*. En AP. Goldstein (eds) maximizing treatments and treatment gains:

transfer enhancement in Psychotherapy. New York. Academic Press.

Hernández, R., Fernández, J. y Baptista, P. (2006): *Metodología de la Investigación Científica*. México: McGrawHill

House, S. (1981). *Work stress and social support reading*, Mass Addison Wesley.

INEI (2009). *Encuesta Nacional de hogares sobre medición de niveles de vida*. Lima. INEI.

INEI (2007). *Censo Nacional de Población*. Lima. INEI.

INEI (2010). *Encuesta Nacional de hogares sobre medición de niveles de vida*.

Lima. INEI. Población Económicamente Activa (PEA). Lima Metropolitana.

Lemos, S. y Hermida, J. (1990). Redes de soporte social y salud. *Psicothema*. Recuperado el 7 de enero de 2010. Disponible en:  
<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=72702205>

Loaiza, V. (2005) *Calidad de vida y soporte social en niños y adolescentes víctimas y no víctimas de abuso sexual*. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología. Lima.

Lujan, W., Ramírez, E., García, J., Berrocal, A. y Calvo, A (2003). Factores de riesgo asociado a depresión mayor en pacientes con artritis reumatoide. *Revista peruana de reumatología*, 9 (1): 35 – 53. Recuperado el 22 de diciembre de 2009. Disponible en: Disponible en:  
[http://sisbib.unmsm.edu.pe/bVrevistas/reuma/v09\\_n1/riesgo.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bVrevistas/reuma/v09_n1/riesgo.htm)

Mansilla, M.E. (1986). *Los niños y adolescentes en alto riesgo. Los niños en y de la calle*. Tesis para optar el grado de Magíster en Sociología. Facultad de Ciencias Sociales. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.

Mansilla, M. E. (1987). *Los Niños y Adolescentes en alto riesgo y de trabajo infantil*. Lima: Radda Barnen.

Mendelievich, E. (1980). *El trabajo de los niños*. Ginebra OIT.

Muñiz, J. (1996). *Psicometría*. Madrid: Universitas.

Nair, D. Jason, L. (1985). *An Investigation and analysis of social networks among children*. En special services in the school 1 (4) sum.

Navarro, D., García-Heras, S., Carrasco, O. y Casas, A. (2008). Toral Alberto. Calidad de vida, apoyo social y deterioro en una muestra de personas con trastorno mental grave. Intervención Psicosocial [periódico na Internet]. Recuperado el 25 de octubre de 2009. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S113205592008000300008&lng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113205592008000300008&lng=pt).

Nunnally, J. y Bernstein, Y. (1995). *Teoría psicométrica*. México, DF: McGraw-Hill.

Oficina Internacional del Trabajo 1983. *Memoria del Director. Conferencia Internacional del Trabajo*. Reunión, Ginebra.

OIT (1987). El Trabajo Infantil. Manual de Información Ginebra.

OIT (2001). Visión del trabajo infantil y adolescente en el Perú.

OIT (2002). Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia Avances y Retos del MTPE. Perú.

Olson D. y Barnes, H. (1982). Calidad de Vida. (Paper).

Ordóñez, D. (1995). *Niños de la calle y consumo de inhalantes: problema multidimensional, estrategia terapéutica multiaxial*. Lima. CEDRO

Ordoñez, D. y Mejía, M. (1993). *El trabajo Infantil Callejero en Lima*. Aproximaciones descriptivas sobre la base de aplicación de una encuesta. Lima. Cedro.

Palacio, J. y Madariaga, C. (2005). Redes sociales personales y calidad de vida en personas desplazadas por violencia política: el caso de Barranquilla (Colombia). *REDES- Revista hispana para el análisis de redes sociales* Vol. 9, #3, Diciembre. Recuperado el 14 de octubre 2009. Disponible en: <http://revista-redes.rediris.es>

Paz G. (1996). *Estudio Comparativo del Soporte Social en Adolescentes Trabajadores y no Trabajadores en un distrito de Lima*. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología, Lima: Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

Paz, G. y Miranda, L. (1995). *Control de Riesgo* Área de Niños y Adolescentes trabajadores (experiencia de trabajo) INABIF.

Polaino-Lorente, A. y Martínez, P. (2003). *Soporte social, recursos extrafamiliares y funcionamiento familiar*. Instituto de ciencias para la familia de la Universidad de Navarra: Rialp.

Portugal, N. (1992). *Comparación de las Redes de Soporte Social de Menores de la Calle y de Menores Trabajadores*. Tesis Psicología, Universidad Ricardo Palma. Lima.

Quiceño, J. y Vinaccia, S. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud infantil: Una aproximación conceptual. *Psicología y Salud*, vol 18, 001, 327-44.

Rajmil, L., Serra-Sutton, V.; Fernández-López, J., Berra, S., Aymerich, M., Cieza, A., Ferrer, M.; Bullinger, M. & Ravens-Sieberer, U. (2004). Versión española del cuestionario alemán de calidad de vida con la salud en población infantil y de adolescentes: El Kindl. *An Pediatr (Barc)*; 60, 514-521.

Ruiz, B., Barañano, N., Moraza, M.A., Urquiza, R. Madinabeitia, R., Askuenaga, Gonzáles Manjon, M. (2009). Vivir en diálisis: factores biopsicosociales asociados a las estrategias de afrontamiento y calidad de vida. *Metas de enfermería*, Vol. 12, Nº. 4, 2009 , 65-72. Recuperado el 15 de diciembre 2009. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2964230>

Sánchez, C. y Reyes, M. (2006). *Metodología y diseños en la investigación científica*. Lima: Universidad Ricardo Palma.

Sarason, B. R. (1983). *Social support: an interactional view*. New York: John Wiley & Sons.

Sarason, B. y Pierce, G. (1990) Social Support and Interactional Processes: A Triadic Hypothesis. *Journal of Social and Personal Relationships*, Vol. 7, No. 4, 495-506 (1990)

Schalock, R.L. (Ed.). (1996). Quality of life. Vol. 1: Its conceptualization, measurement and use. Washington, D.C.: American Association on Mental Retardation.

Schalock, R. L., y Verdugo, M.A. (2003). Calidad de vida: manual para profesionales de la educación, salud y servicio social. Madrid: Alianza.

Schwartzmann, I. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería* IX (2): 9-21. Recuperado el 10 de enero de 2010. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532003000200002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532003000200002&script=sci_arttext)

Siddique, J. y D'arcy, L. (1984). Adolescence, stress, and psychological well-being. *Journal of youth and adolescence*, volumen 13, number 6: 459-473. Recuperado el 15 de enero de 2010. Disponible en: <http://www.springerlink.com/content/v4170477180wh2lm/>

UNICEF – INEI (2004). , El Estado de la Niñez en el Perú, Lima. Recuperado el 12 de octubre de 2009. Disponible en:



[http://www.unicef.org/peru/\\_files/Publicaciones/Institucionales/peru\\_institucional\\_ENI.pdf](http://www.unicef.org/peru/_files/Publicaciones/Institucionales/peru_institucional_ENI.pdf)

Ventegodt, S. (1998). *Estudio sobre la relación entre la calidad de vida y los sucesos traumáticos en la vida temprana - 30 años de seguimiento*. Recuperado el 23 de diciembre 2009. Disponible en: <http://www.fun-humanismo-ciencia.es/felicidad/ninos/ninos13.htm>

Verdugo, M.A. y Sabeth (2002). Evaluación de la percepción de la calidad de vida en la infancia. *Psicothema*, 14, 86:91.

Vinaccia, S., Fernández, H., Quiceno, J., López, D. y Otalvaro, E. (2008). Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Apoyo Social Funcional en Pacientes Diagnosticados con VIH/Sida. (2008). *Terapia Psicológica*, Santiago, v. 26, n. 1, jul. 2008. Recuperado el 22 de noviembre de 2009. Disponible en [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S071848082008000100011&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071848082008000100011&lng=es&nrm=iso). accedido en 10 enero 2010. doi: 10.4067/S0718-48082008000100011

Vinaccia, S., Quiceno, J., Fernández, H., Pérez, B., Sánchez, M. y Londoño, A.(2007). Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Apoyo Social Funcional en Pacientes con Diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar.. *Anales de Psicología*. VO. 23, n° 2 (diciembre) 245-252. Recuperado el 22 de noviembre de 2009. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/167/16723210.pdf>

WHOQOL GROUP (1995). The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL). Position Paper from the World Health Organization. *Soc. Sci. Med.* Vol. 41, N° 10, pp. 1.403-1.409.

Zanolo, B. y Gómez, R. (1994). *Confiabilidad y Baremación de la escala de soporte social de Flaherty. Gaviria y Pathak. En estudiantes universitarios de Lima Metropolitana*. Lima: U. I.GV.

# ANEXOS

## ESCALA DE FLAHERTY J.A.; GAVIRIA, F.M. Y PATHAK, S

Edad: ..... Sexo: .....

Enumere 4 personas (en orden de importancia) que usted sienta que está cerca suyo o que le dan algún tipo de ayuda o soporte (ponga sólo el nombre o las iniciales).

Estas personas pueden ser amigas, familiares, compañeros de trabajo, compañeros de estudio, etc. Al costado de cada persona coloque la relación que ésta tiene con usted, su edad (aproximadamente), el sexo al que pertenece y el tiempo que usted la conoce.

Personas	Relación con usted	Edad	Sexo	Tiempo que la conoce
1.				
2.				
3.				
4.				

Si usted tiene una especial relación con alguna Institución, Grupo u Organización (Iglesia, Asociación, etc.) escriba su nombre:

.....  
.....

¿Por cuántos años ha estado asociado o pertenece a este grupo?

.....  
.....

¿Cómo describiría a este grupo?

Deportivo ( )

Religioso ( )

Comunal o Vecinal ( )

Organización Política ( )

Club Provincial ( )

Sindicato, federación o liga ( )

Otro ( )

## SOPORTE SOCIAL

Nombre y apellidos:.....

A CONTINUACIÓN USTED ENCONTRARA 11 PREGUNTAS Y SUS POSIBLES RESPUESTAS. SIRVASE LEERLAS Y CONTESTAR CADA UNA DE ELLAS PARA CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE ENUMERO EN LA PÁGINA ANTERIOR. ASI COMO TAMBIEN PARA EL GRUPO QUE SEÑALO. RESPONDA EN LOS CASILLEROS CORRESPONDIENTES. MARCANDO SUS RESPUESTAS CON UNA "X".

- 1) ¿Con qué frecuencia tiene usted contacto con estas personas y con el grupo? (cara a cara, por teléfono, por carta).

	Pers. 1	Pers. 2	Pers. 3	Pers. 4	Grupo
• Una vez el año o menos					
• 2 a 4 veces al año					
• Una vez el mes					
• Una vez por semana					
• A diario					

- 2) Si necesita ver estas preguntas y al grupo para solicitar ayuda ¿Cuán fácilmente se les puede encontrar?

	Pers. 1	Pers. 2	Pers. 3	Pers. 4	Grupo
• Es casi imposible encontrarla.					
• Algunas veces puedo encontrarla.					
• Casi siempre puedo encontrarla.					
• Siempre puedo encontrarla.					
• Puedo verla en cualquier momento que sea necesario.					

- 3) ¿Sobre qué cosas podría conversar o discutir con estas personas y con el grupo y sentirse cómodo?

	Pers. 1	Pers. 2	Pers. 3	Pers. 4	Grupo
Me sentiría incómodo en cualquier conversación con estas personas ( o grupo )					
Sólo sobre cosas relacionadas con personas o hechos que no tiene nada que ver conmigo, tales como el fútbol, cine, etc.					
Sobre cosas generales, tales como el trabajo, la salud, la comunidad, etc.					
Sobre la mayoría de las cosas pero no aquellas que son muy personales.					
Sobre cualquier cosa, incluyendo mis pensamientos más personales, temores, ambiciones, dificultades, etc.					

- 4) Indique el grado en el cual estas personas (y el grupo) le proporcionan ayuda práctica como por ejemplo hacer cosas por usted: ayudarle en las tareas domésticas, hacerle recomendaciones, prestarle dinero u otras cosas, etc.

	Pers. 1	Pers. 2	Pers. 3	Pers. 4	Grupo
Nunca.					
Pocas veces y luego de quejarse o protestar.					
Algunas veces quiere y otras no.					
Casi siempre sin que lo pida.					
Siempre sin que se lo pida.					

- 5) Indique el grado en que usted le proporciona, o le proporcionaría, si fuera necesario, ayuda práctica a estas personas y al Grupo.

	Pers. 1	Pers. 2	Pers. 3	Pers. 4	Grupo
Nunca					
Pocas veces.					
Algunas veces si y otras veces no.					
Casi siempre sin que se lo pidan.					
Siempre sin que se lo pidan.					

- 6) Indique el grado en el cual estas personas y el Grupo le proporcionan apoyo emocional: le hacen sentir mejor escuchándole, acompañándole, etc.

	Pers. 1	Pers. 2	Pers. 3	Pers. 4	Grupo
usualmente no me da ninguna ayuda emocional.					
A veces si a veces no.					
Algunas veces me ayuda con buena disposición.					
Usualmente me ayuda con buena disposición					
Muchas veces, siempre está allí cuando lo necesito.					

- 7) Indique el grado en el cual Usted le proporciona apoyo emocional a estas personas y al Grupo.

	Pers. 1	Pers. 2	Pers. 3	Pers. 4	Grupo
Nunca.					
A veces si a veces no.					
Algunas veces.					
Usualmente ayudo.					
Siempre estoy listo a proporcionar ayuda cuando me necesitan.					

- 8) Todas las personas experimentan ocasionalmente dudas acerca de sí mismo, ya sea acerca de su valor, o pierden confianza en sí mismo. ¿Puede usted indicar el grado en que estas personas o el Grupo le ayudan a recuperar la confianza en Usted mismo. Cuando Usted se siente quizás inútil o desesperado, o en qué medida esperaría ayuda, si surgiera la necesidad?

	<b>Pers. 1</b>	<b>Pers. 2</b>	<b>Pers. 3</b>	<b>Pers. 4</b>	<b>Grupo</b>
Nunca.					
A veces si a veces no.					
Algunas veces.					
Usualmente.					
Siempre.					

- 9) Muchas veces las personas necesitan ayuda para encontrar una orientación o saber que quieren en la vida. ¿Puede Usted indicar en qué medida estas personas y el Grupo lo han ayudado cuando necesitaba orientación, o en qué medida esperaría Usted ayuda si surgiera la necesidad?

	<b>Pers. 1</b>	<b>Pers. 2</b>	<b>Pers. 3</b>	<b>Pers. 4</b>	<b>Grupo</b>
Nunca.					
A veces si a veces no.					
Algunas veces.					
Usualmente.					
Siempre.					

- 10) Escriba la pérdida más importante o la situación personal más difícil por la que Usted haya pasado durante el último año (Ejemplo: un fallecimiento, desempleo, enfermedad, u hospitalización de un familiar o de usted mismo, divorcio, cambio de domicilio, problemas financieros, etc.

.....  
 .....  
 .....Como resultado ¿Cómo se sintió al hablar con las personas y el Grupo en esta situación?

	Pers. 1	Pers. 2	Pers. 3	Pers. 4	Grupo
No contacté o pedí ayuda de esta persona (o grupo) en esta situación.					
El "apoyo" que me dio no me sirvió de nada, me sentí peor.					
No sentí que me ayudó.					
Me sentí un poco mejor.					
Me sentí bastante mejor.					
Me sentí definitivamente, más capaz de manejar la situación.					

- 11) Ahora describa otra situación difícil o pérdida importante que Usted experimentó durante el último año o antes:

.....  
 .....  
 .....Como resultado ¿Cómo se sintió al hablar con las personas y el Grupo en esta situación?

	Pers. 1	Pers. 2	Pers. 3	Pers. 4	Grupo
No contacté o pedí ayuda de esta persona (o grupo) en esta situación.					
El "apoyo" que me dio no me sirvió de nada, me sentí peor.					
No sentí que me ayudó.					
Me sentí un poco mejor.					
Me sentí bastante mejor.					
Me sentí definitivamente mejor.					



## CALIDAD DE VIDA

### Forma para adolescentes

David Olson y Howard Barnes

### ESCALAS DE RESPUESTA

1	2	3	4	5
Insatisfecho	Un poco insatisfecho	Más o menos satisfecho	Bastante satisfecho	Completamente satisfecho

TACHE EL NUMERO QUE CORRESPONDA A SU RESPUESTA.

QUE TAN SATISFECHO ESTA USTED CON:

#### SU VIDA FAMILIAR

1. Su Familia..... 1 2 3 4 5
2. Sus Hermanos..... 1 2 3 4 5
3. El número de hijos en su familia..... 1 2 3 4 5

#### AMIGOS

4. Sus amigos..... 1 2 3 4 5

#### FAMILIA EXTENSA

5. Su relación con parientes (abuelos, tíos,...)..... 1 2 3 4 5

#### SALUD

6. Su propia salud..... 1 2 3 4 5
7. La salud de otros miembros de la familia..... 1 2 3 4 5

#### HOGAR

8. Sus actuales condiciones de vivienda..... 1 2 3 4 5
9. Sus responsabilidades en la casa..... 1 2 3 4 5

## EDUCACION

10. Su actual condición escolar..... 1 2 3 4 5

## OCIO

11. El tiempo libre que tiene..... 1 2 3 4 5

12. La forma como usa su tiempo libre..... 1 2 3 4 5

## RELIGION

13. La vida religiosa de su familia..... 1 2 3 4 5

14. La vida religiosa de su comunidad..... 1 2 3 4 5

## MEDIOS DE COMUNICACIÓN

15. La cantidad de tiempo que los miembros de la familia pasan viendo televisión... 1 2 3 4 5

16. Calidad de los programas de televisión ..... 1 2 3 4 5

17. Calidad del Cine..... 1 2 3 4 5

18. La calidad de periódicos y revistas..... 1 2 3 4 5

## BIENESTAR ECONOMICO

19. La capacidad de su familia para satisfacer necesidades básicas..... 1 2 3 4 5

20. La capacidad de su familia para darle lujos..... 1 2 3 4 5

21. La cantidad de dinero que tiene para gastar..... 1 2 3 4 5

## VECINDARIO Y COMUNIDAD

22. Las facilidades para hacer compras en su comunidad..... 1 2 3 4 5

23. La seguridad de su comunidad..... 1 2 3 4 5

24. El barrio donde vive..... 1 2 3 4 5

25. Las facilidades para recreación (parque, campos de juego, actividades, etc.)..... 1 2 3 4 5